Equality

Mobilizing Communities for Action

HEART • HEALTH

Equality

Mobilizing Communities for Action

Published by authority of the Minister of National Health and Welfare
Également disponible en français sous le titre
La santé cardio-vasculaire pour tous : la mobilisation communautaire

© Minister of Supply and Services Canada, 1992
Cat. H39-245/1992 E
ISBN 0-662-19548-5

92-07261/

Preface

Health is unevenly distributed in our society, with the incidence of disease and the prevalence of risk factors being significantly higher among some Canadians than others. Cardiovascular disease is no exception. In the past five years, two major policy reports have highlighted the need to enhance prevention and address health inequities and inequalities if major gains are to be made in the health of the Canadian population. *Achieving Health for All*, a discussion document published by Health and Welfare Canada in 1986, challenged the health and non-health sectors alike to adopt a broad intersectoral approach to these issues. Also, in a report entitled *Promoting Heart Health in Canada*, the Federal-Provincial Working Group on Cardiovascular Disease Prevention and Control documented the influence of socio-economic differentials on patterns of cardiovascular disease in Canada, and highlighted the need for action.

These two reports stimulated policy work as well as various activities aimed at addressing the issue of health inequalities, in the context of the Canadian Heart Health Initiative. Starting in 1987, the late Dr. Vincent Matthews sensitized many of us to the subject of inequalities, leading a number of our colleagues in the search for approaches to tackle this daunting issue. In the years since then, a number of workshops have explored the applicability of community development approaches to the issue of heart health inequalities. Moreover, projects have sprung up in various communities to address inequalities in health or heart health, and to explore the effectiveness of different approaches. Special contributions to the process have been made by Mr. Ron Labonte, Mr. Michael Felix and Ms. Pamela Thompson. Many other colleagues have been closely involved with the process and provided critical insights, among them, Dr. Christine Colin, Ms. Phyllis Hodges, Ms. Lynne Blair, Dr. William Shannon, Dr. Madeleine Blanchet and Ms. Michele Harding.

The goal of reducing inequities in health has inspired many people to action. All are agreed that it is at the community level that the change must eventually take place. Dr. Teresa MacNeil, Director of the Extension Department at St. Francis Xavier University, Antigonish, Nova Scotia, has been involved with the Canadian Heart Health Initiative almost since its inception. She has laboured over many a community project and presided over many a debate on the practical application of community development approaches in local-level heart health inequalities projects. Clearly, no single model will bring about change in every community. This publication, prepared by Dr. MacNeil, outlines one approach. It should stimulate critical consideration of community mobilization approaches and, ultimately, lead to action to reduce the incidence of cardiovascular disease among disadvantaged groups in our society.

Andrés Petrasovits, Ph.D., M.P.H.
Cardiovascular Disease Prevention Unit
Health Promotion Directorate

Table of Contents

Introduction *1*

Heart health inequalities: the challenge *3*

Socio-environmental determinants of heart health *3*
Health promotion and disease prevention *4*
Approaches to heart health interventions *6*
Health: a shared responsibility *7*

The community mobilization approach *8*

A perspective on change *8*
Heart health as an incentive *9*
The community: a vehicle for change *9*
The change process *10*
Building partnerships for change *11*

The four phases *14*

Phase one: community entry *14*
Phase two: identifying mechanisms for change *15*
Phase three: activating the change process *16*
Phase four: implementing concrete plans *17*

Training and technical systems *18*

Health professionals *19*
Citizens and community leaders *19*

Opportunities and challenges *21*

References *23*

Supplementary reading *24*

Introduction

Reducing inequalities in health — heart health in particular — is a principal health challenge for Canadians. Cardiovascular disease (Canada's leading cause of death and illness) and its associated risk factors are unevenly distributed throughout our society, with people who are disadvantaged being more likely to experience cardiovascular problems and to die earlier than those who are better off.

In Canada, a national initiative to address heart health inequalities was prompted by the results of cross-country consultations undertaken by the Federal-Provincial Advisory Committee on Community Health. That committee was charged with looking at the main issues related to cardiovascular disease and identifying directions for program development. The consultations came in the wake of a 1987 report prepared by the Working Group on the Prevention and Control of Cardiovascular Disease. Noting the high prevalence of cardiovascular disease and its associated risk factors among disadvantaged groups (despite an overall decline in cardiovascular disease mortality and morbidity rates), the report called for a reduction in inequalities in cardiovascular health caused by socio-economic and regional disparities.

Ways have to be found to promote community participation in the effort to reduce heart health inequalities

This call for action to reduce heart health inequalities fits well within the context of the national agenda for health promotion. The federal discussion document, *Achieving Health for All: A Framework for Health Promotion*,[1] identifies reducing inequities in health as the first of three principal health challenges facing Canadians. It states: "Disadvantaged groups have significantly lower life expectancy, poorer health and a higher prevalence of disability than the average Canadian." The second, equally relevant challenge is that of placing increased emphasis on prevention. The third calls for the enhancement of people's ability to cope with chronic conditions and disabilities. Among other things, this recognizes the need for increased community support.

The *Ottawa Charter for Health Promotion*[2] also reflects a strong concern about health inequities. It calls for a commitment "to respond to the health gap within and between societies, and to tackle the inequities in health produced by the rules and practices of these societies." Moreover, it emphasizes that "political, economic, social, cultural, environmental, behavioural and biological factors can all favour health or be harmful to it."[3]

The problems associated with heart health inequalities are at once complex and firmly rooted in our communities. Since community members know their own socio-environmental conditions better than anyone outside, it is they who must be involved in analyzing their situation and seeking appropriate solutions. Therefore, ways have to be found to promote community participation in the effort to reduce heart health inequalities. This requires conscientious collaboration among community members and various levels of government, groups and organizations in and outside of the health sector, and professionals from various disciplines. The process explored in this publication is that of community mobilization. It is a process based on an extensive collaborative arrangement that involves players from both within the community and outside it.

Promoting heart health equality is one way of engaging in what has been termed the "new public health." In essence, this means "starting where the people are"[4] and recognizing the need for people to be genuinely involved in decisions concerning their own health. Beginning as a global theme of the World Health Organization (WHO), the "new public health" is now central to our vision of health promotion, even though it challenges many current beliefs about the delivery of health services, the practices of health professionals, the involvement of community members and the development of interventions aimed at improving health. It calls for a reorientation of our health care system to reflect a broader definition of health, as well as a willingness to collaborate on the part of all those individuals and organizations who influence health, whether directly or indirectly.

This publication is presented as an invitation to health professionals, policy-makers in the private and government sectors, and community leaders and volunteers in a range of community-based organizations to consider how they can work jointly to reduce the inequalities which currently exist in heart health throughout Canada. If significant improvements are to be made in reducing these heart health inequalities, new partnerships will have to be built, public policies modified and innovative directions sought in public health programs. Moreover, actions will be needed at various levels within the constellation of systems that influence health. One way of conceptualizing where action is needed is to think of a vertical plane along which are located key national and regional policy and program groups, and an intersecting horizontal plane along which are located community-level policy and program groups. Action is required at points along both planes.

The purpose of this publication is to provide a perspective on what needs to be done and who needs to be involved if these changes are to happen. It is not a practical manual on how to reduce heart health inequalities. Rather, its purpose is to prompt readers to consider how they can become catalysts for change from their respective positions in a system which, albeit unwittingly, supports the current state of inequality in heart health.

Heart health inequalities: the challenge

Cardiovascular disease is Canada's major cause of death and illness. Despite declines in mortality rates over the last two decades, cardiovascular disease remains the main cause of premature death and sickness among Canadians in the 35-to-64 age group, and the principal reason why Canadians use hospitals. But heart disease, along with its associated risk factors, is unevenly distributed in our society. Socio-economically disadvantaged men and women are more likely to die from cardiovascular disease than are their more affluent neighbours. Moreover, disparities occur regionally, with the prevalence of cardiovascular disease being far greater in some parts of the country — for example, in the Atlantic provinces.

Although widespread in the general population, the physiological risk factors for cardiovascular disease have a greater tendency to cluster in lower socio-economic groups. These factors include elevated blood pressure, smoking, elevated blood cholesterol, diabetes, overweight, and insufficient physical activity. Among these, smoking, overweight and physical inactivity tend to be most strongly influenced by socio-economic status. What is more, access to a healthy choice of foods can be limited by a lack of nutrition knowledge and inadequate income, both of which are more often found among lower socio-economic groups.

In general, mortality and morbidity follow a gradient across socio-economic classes, with lower socio-economic groups experiencing poorer health. Encouragingly, there has been an overall decline in the rates of death and illness due to cardiovascular disease, as well as in the risk behaviours associated with it; discouragingly, the rate of decline is not as marked among lower socio-economic groups.

Equity in heart health means, quite simply, that fairness should exist in people's access to heart health — that all Canadians should have an equal opportunity to achieve and maintain their heart health. "Heart health inequalities" are the variations in cardiovascular health status that exist among different groups within a given population. Some heart health inequalities, but not all, result from inequities. For example, if certain members of a community lack equitable access to nutritious foods, they may experience higher rates of cardiovascular disease. This result is preventable, whereas genetic influences on heart health — which arise independently from health opportunities — are not. Since most of the factors that influence heart health lie outside the health care system, achieving greater equity in heart health implies much more than simply providing equal access to health services.

Socio-environmental determinants of heart health

Promoting heart health means directing action not so much towards the disease as towards the determinants of health. "Heart health" thus implies more than the absence of cardiovascular disease or the physiological risks associated with it. Like health itself, heart health is seen as a resource for everyday living, rather than as the object of living. Promoting heart health equality means ensuring that the fundamental conditions and resources for health are available to people. According to the *Ottawa Charter*,[5] these include peace, shelter, education, food, income, a stable ecosystem, sustainable resources, social justice and equity.

> *"People's positions within a social system subject them to many environmental risks related to region, occupation, diet or other conditions over which they may have limited control."* [6]

Until quite recently, the focus of most cardiovascular disease interventions has been on identifying physiological risk conditions and on seeking to modify individual lifestyle behaviours. Increasingly, however, health professionals are placing more emphasis on social and economic aspects of the environment that need to be changed. The Federal-Provincial Working Group on the Prevention and Control of Cardiovascular Disease recognized the importance of considering socio-environmental factors in planning strategies to reduce the incidence of cardiovascular disease.

> *"Although the risks are, in large measure, mediated by an individual's behaviour, it is recognized that the root causes of modifiable risk factors are largely determined by the social economic and cultural environment," states the report. "Hence the emphasis on an approach addressed primarily to the population at large, aiming at environmental changes which would make possible the adoption of behaviours conducive to cardiovascular health."* [7]

"Risk conditions" are those social and environmental factors over which people have little or no personal control but which are known to affect their health status. Examples include poverty, limited educational achievement or low occupational status, dangerous or stressful work, discrimination, lack of political or economic power, and large gaps in income or power. To alter these risk conditions, organized, collective action is needed that will lead to changes in public policy.

> *"Inequalities in the rates of death and disability accumulate over the whole course of the lifetime among disadvantaged Canadians. The result is poorer health over a shorter lifetime."*[8]

Individuals who live in disadvantaged circumstances tend to have fewer coping strategies, even though they are likely to face more stress-inducing situations. They are also less likely to be involved in group activities aimed at improving their working or living conditions. This reinforces their isolation, and leads to a sense of relative powerlessness and lack of control over their health and their lives, which increases the likelihood that they will engage in health-damaging behaviours.

> *"Feelings of self-esteem and self-worth, or hierarchial position and control, or conversely powerlessness, similarly appear to have health implications quite independent of the conventional risk factors."*[9]

People need skills and knowledge to address their health concerns, but they also require organizational, technical and financial support to enable them to act on their decisions

How can a health agency pay heed to such risk conditions as poverty and illiteracy when its mandate is limited to cardiovascular disease, and neither its program funding nor its professional competencies permit it to address such issues? This is a major dilemma for public health: not only does it narrow the range of so-called "heart health" projects in a community but it also makes it difficult to directly address the underlying socio-environmental conditions that put people at risk for cardiovascular disease.

Health promotion and disease prevention

Promoting heart health provides a prime opportunity to dispel the persistent notion that there is a dichotomy between disease prevention and health promotion.

The WHO definition of health as "a state of complete physical, mental, and social well-being, and not merely the absence of disease or injury" implies that there is more to health than simply not being well. It suggests the notion of a continuum of health. At one end is the absence of disability, disease or death and, at the other, general well-being and a capacity for vitality. Obviously the boundaries are not well defined. However, it is important to recognize that different concepts of health may be used to frame health promotion-oriented programs and policies versus those concerned with disease prevention. The main difference appears to be one of focus: prevention is a disease-focused concept whereas health promotion is health-focused (see Table 1, adapted from Stachtchenko and Jenicek[10]).

In general, an intervention is characterized as being preventive if it reduces the likelihood of a disease or disorder affecting the individual. This approach focuses on the concept of risk reduction; however, health promotion is much broader. WHO has characterized health promotion as "a mediating strategy between people and their environments, synthesizing personal choice and social responsibility in health to create a healthier future."[11] But although they differ in focus, disease prevention and health promotion approaches can complement one another in planning interventions. The *Ottawa Charter for Health Promotion* states:

> *"Health promotion works through concrete and effective community action in setting priorities, making decisions, planning strategies and implementing them to achieve better health. At the heart of this process is the empowerment of communities, their ownership and control of their own endeavours and destinies. Community development draws on existing human and material resources in the community to enhance self-help and social support and to develop flexible systems for strengthening public participation and direction of health matters. This requires full and continuous access to information, learning opportunities for health, as well as funding support."*[12]

As a process, health promotion is defined as "enabling individuals and communities to increase control over the determinants of health and thereby improve their health." In practice, health promotion combines organizational and educational efforts with environmental and economic support for actions that are conducive to health. People need skills and knowledge to address their health concerns, but they also require organizational, technical and financial support to enable them to act upon their decisions. According to Stachtchenko and Jenicek,[13] strategies used by health promotion programs are far broader than those of disease prevention. They involve politics, advertising,

health education, advocacy for health and healthy living, economics, and community development.

Consistent with this concept of health promotion is the need to look beyond the individual lifestyle behaviours that are associated with increased risk for cardiovascular disease and to pay more attention to the socio-environmental conditions that influence health. This requires a variety of strategies — for example, organizing collectively to advocate for health; addressing decision-makers at various points throughout the systems where decisions influencing health are taken; increasing people's awareness about the issues that influence their health and well-being; and identifying how they may take action on those issues.

Health promotion provides a context for planning and implementing community-driven heart health programs. Conversely, heart health brings a focus to health promotion — it provides an entry point for communities to be involved in their own health.

> *"Heart health addresses the major health challenges of enhancing prevention and reducing inequities. Heart health breathes life into risk reduction and lifestyle change as health promotion issues by putting them into a community context. Heart health integrates vital issues such as fitness, nutrition and smoking. Heart health has a high degree of public acceptance as a positive health issue and therefore helps people to understand what health promotion means in practical terms. Because of its significance, heart health has served as an entry point for health professionals to use different approaches and adopt a different perspective on health."* [14]

Some risk factors are common to cardiovascular disease and other chronic diseases, such as cancer. For example, reductions in smoking and in dietary fat intake reduce the risk of cardiovascular disease and cancer and lead to better overall health. The community, provincial and national networks formed and the experience gained by working together on heart health can, in turn, build a firm base for tackling other health issues. This can help to shift the health system's orientation towards health promotion (rather than treatment of disease) and towards greater involvement of community members in managing their health. In short, because they work towards the broader goals of well-being and health for individuals and communities, heart health programs that are based on a health

Table 1

Comparison of Health Promotion and Disease Prevention Models [15]

Health Promotion	Disease Prevention
Health = positive and multidimensional concept	Health = absence of disease
Participatory model of health	Medical model
Aimed at the population in its total environment	Aimed mainly at high-risk group in the population
Concerns a network of health issues	Concerns a specific pathology
Diverse and complementary strategies	One-shot strategy
Facilitating and enabling approaches	Directive and persuasive strategies
Incentive measures are offered to the population	Directive measures are prescribed, enforced for target groups
Programs seeking to change people's circumstances and their environment	Programs focusing mostly on individuals and groups of subjects
Non-professional organizations, civic groups, local, municipal, regional and national governments are necessary for achieving the goal of health promotion	Preventive programs are the affair of professional groups from health disciplines

promotion framework can have effects that extend beyond the mere reduction of cardiovascular disease risk behaviours.

Approaches to heart health interventions

It is important to recognize that neither people nor their health can be viewed in isolation. Each is situated within interconnected systems that relate to individual behaviour or lifestyle as well as to the socio-environmental circumstances that support particular lifestyle practices. Promoting heart health equality, therefore, calls for an approach in which health is seen as a shared responsibility between individuals and the systems that influence their heart health.

Table 2, adapted from the work of Ronald Labonte,[15] compares three approaches to enhancing heart health — the medical (or high-risk) approach, the behavioural (or lifestyle) approach, and the socio-environmental (or community change) approach — and shows how these are linked to the definition of the problem, as well as the types of interventions used and who controls these interventions.

Medical and behavioural risk-factor interventions are a necessity, but there is a concomitant need to address the broader socio-environmental determinants of heart health in communities. This change from a primarily individualistic orientation to a focus on community health is the essence of the "new public health." It means viewing people and their health within the context of the systems that support their

Table 2

A Comparison of Approaches to Promoting Heart Health [15]

	Medical approach	**Behavioural approach**	**Socio-environmental approach**
Problem definition	physiological risk factors, disease categories	behavioural risk factors (unhealthy lifestyles)	socio-environmental risk conditions
Target	high-risk individuals	high-risk groups	high risk environments/ communities
Intervention strategies	medically managed, risk-factor screening, screening	health education and advocacy	community change
Responsibility for intervention	medical professionals, individuals	health professionals and individuals	community with support
Desired outcome	reduction in cardiovascular disease mortality and morbidity	improved lifestyle behaviours	community actions to reduce inequalities in health; increased social support; improved personal health behaviour
Extent of community participation	people follow directions of health professionals	<———>	community members involved in decisions about health as a result of social, economic and political development

health and well-being.

But whose responsibility is it to make decisions concerning health and to determine directions for change? Both the medical approach and the risk-behaviour approach assign primary responsibility to the professional for decisions about managing health, and to the individual for lifestyle practices. Unfortunately, in cases where the individual does not have the capacity to make behaviour changes, there may be a tendency to "blame the victim." The community change (or socio-environmental) approach acknowledges the social pressures under which people live. Moreover, it presents health as a condition resulting from the social, economic and political circumstances of the community, and stresses the need for community members to decide how health can best be attained.

> *"The pendulum seems to be swinging from an approach to health based on technology and institutional care to an approach centred on people in their communities."* [16]

Many believe that the socio-environmental approach offers the most promise for reducing heart health inequalities. Community-based cardiovascular disease prevention interventions have traditionally targeted the middle class, mainly through the dissemination of messages about modifying lifestyle behaviours. However, these methods have not been very effective in reaching people living in disadvantaged circumstances. Inadequate financial resources, limited education and literacy, unemployment or underemployment and isolation make people less easy to reach through conventional health education methods. Such individuals face the greatest barriers to health, yet, compared to their more advantaged neighbours, they tend to have less access to resources and programs aimed at improving heart health.

The goal of the new public health is to apply an integrated model which blends dimensions of all three approaches. In practice, some "heart equality" program initiatives will begin with an individual, behavioural focus, while others will adopt a socio-environmental perspective from the outset. Heart health provides a unique opportunity to build a more holistic approach to health promotion and to translate health promotion themes of behavioural and socio-environmental change from rhetoric into community action.

> *". . . it seems that we are currently witnessing the beginning of a shift from a stage of normal biomedical science towards a stage where a more global perspective, such as a socio-ecological paradigm, may eventually replace the biological paradigm, ideally by integrating it."* [17]

Health: a shared responsibility

As a society, we depend upon specialized services in most areas of our lives. It is a measure of progress that we can turn to a specialist who will tell us how to handle a problem. In some instances we have little choice — for example, when an electronic component fails in our automobile, or when we find income tax regulations incomprehensible. Reliance upon specialists is inherent in our culture.

In the case of our health system, we expect to find specialists who will fix most disorders. We are justifiably proud of the system, yet there is growing awareness that its excellence would be enhanced if we were to use it more as an important assist for safeguarding our health than as a means of remedying illness. While it is efficient to pass problems along to those best qualified to solve them, this can also create a dependency that is disabling for the individual and society alike. In the health field, increased dependency encourages neglect of healthful living practices, thereby escalating the cost of health services. This is a culture that can be changed by changing the distribution of responsibility at all levels, from policy-makers and funders through to the general population.

It is critical to note that dismantling the system and returning responsibility to the individual is *not* a plausible alternative to overdependence on the health care system. Not only does it provide numerous services that enhance social well-being, but many people in our society live in circumstances that make it difficult for them to engage in healthful practices. Rather, the idea is to have all citizens shoulder more responsibility for healthful living, recognizing, of course, that there will be immense variation in the extent to which they are able to do so. Where individuals and groups lack sufficient means to exercise responsibility — whether because of poverty, illiteracy, social isolation or joblessness — it is society's task to strengthen the socio-environmental system in ways that enable them to make healthful choices. The objective is to provide people with the means to exercise responsibility for healthful living. This implies a shift toward more efficient use and development of all resources, including the human resource.

The community mobilization approach

To shift the perspective of people society-wide so that they differentiate responsibility for health from responsibility for illness is a daunting goal. It requires Canadians to rely on the health care system in a fundamentally different way; moreover, it implies a shift in the way key players throughout that system carry out their work.

The "community mobilization" approach to change focuses on enabling communities to understand and control the circumstances that bar their access to health. It is an approach that requires close collaboration, both vertically, between the various levels from which policies and programs emanate (national, regional, local) and horizontally, across the range of service delivery points in the community.

The community mobilization approach focuses on enabling communities to understand and control the circumstances that bar their access to health

The community mobilization approach acknowledges that the agents of change in a community are not necessarily specific persons in specific locations. Change agents can be found wherever the decisions affecting people's ability to influence their health circumstances are made and implemented. The change agent may be a senior policy-maker or a local volunteer. The change (or development) may occur in different settings and have different outcomes — for example, a coalition of administrative units may collaborate to improve the community's access to resources, or an individual may gain in self-esteem by learning how to surmount barriers to healthy living. Development is a comprehensive term which signifies improvement in the human condition through learning — the kind of learning that comes from successfully confronting and solving problems.

A perspective on change

In seeking ways to approach the rather formidable job of changing our entire health culture so that it both fosters increased enthusiasm for healthful living and makes available the means to achieve it, there are two fundamental considerations. One is rooted in motivational theory. It suggests that people's determination to do something about their circumstances increases when they are both aware of a need and have the means to act on it. By itself, awareness of the need for change is insufficient.

The second consideration is not so self-evident. Rooted in the notion of community, it suggests that individuals tend to band together to solve common problems. Community is defined here not only in geographic terms, but may also imply an affinity of interests or activities. Its members usually (but not always) live in a specific locality, share a common culture, are arranged in a certain social structure, and have some awareness of their identity as a group. Those working with a community (be they residents of a certain neighbourhood or a group of single mothers from across two counties), must recognize what it is that makes the several individuals a community — the interests they share, the common problems they confront — as well as any points of diversity and tension. Communities, like people, are unique and complex. It takes care and time to learn about them and to understand them.

Taken together, these considerations suggest that no change will occur in the way community members address their health and use their health care system unless they are both conscious of the need and prospects for change and have the support of groups with whom they share common interest. This makes it unlikely that persons with limited access to resources and limited community support will change their health practices.

Change agents at all levels must take cognizance of these two critical prerequisites for change. For example, when groups of people in a community have common concerns about risk conditions or risk factors relating to heart health, the change agent must seek to ensure the availability of adequate data and organizational support structures. Without these, citizens may lack the knowledge, skills and material resources to achieve the change they seek. In short, the recipe for successful change appears to be a rather straightfor-

ward combination of will, collaboration, reliable data, access to material resources, and strategic organization. While it is easy to list these ingredients, considerable care and attention are needed to systematically translate them into change.

But let us pause for a moment to look at heart health as a source of motivation to change, at the community as a vehicle for change, at community mobilization as a change process, and at the importance of having collaborative structures that support the change process.

Heart health as an incentive

Heart disease is a very large and complex issue with few obvious solutions. On closer view, one finds subsets of the issue receiving group and individual attention. For instance, some families might seek ways to change dietary practices to help a family member avert the threat of heart attack. Or, families with a history of heart disease might try to make their environment more amenable to their need for recreation and relaxation. Or, a group of civic leaders might take measures to restrict smoking in public places. In short, concern about heart health is strong, but only when the issue is broken down into manageable objectives is it likely to stimulate enthusiasm for action. Typically, action will occur around those risk factors which are widely recognized, and which individuals know from their own experience are threats to heart health. Because people's sense of urgency varies with their experience and knowledge, it is important that a change agent carefully assess the potential for action, and take measures to boost that potential if need be.

Change agents working in economically disadvantaged communities need to do more than assess the potential for action on specific risk factors. They must also consider the socio-environmental circumstances that might prevent the community from getting results. This means enabling people to understand what resources are required and determining whether they are accessible. When the resources needed are not at hand, ways of securing them must be addressed by all those who share a desire to see the community achieve the change it seeks.

The initial dilemma facing those who want to promote heart health equity is that community members are unlikely to see high rates of heart disease or the prevalence of cardiovascular disease risk behaviours as major problems for their community. They are more likely to regard socio-environmental conditions, such as unemployment or poverty, as priority issues. And even though they may acknowledge the importance of health behaviours, they will probably want to tackle risk conditions before considering changes in lifestyle.

Experience has shown that when people start to organize around risk conditions, they become more likely to look at their own risk behaviours. Becoming more informed about the issue and knowing more about the links between socio-environmental conditions and community/individual health makes people more aware of the implications for their own health. Indeed, personal development is an integral part of the community change process. The knowledge, skills and attitudes people acquire form the basis for changing their personal behaviour.

In conclusion, heart health serves as an incentive for change. It is a rallying point for reducing socio-environmental risk over the long term, by increasing social support through participation in community issues, and encouraging positive changes in health behaviours. In turn, these changes lead to long-term reduction in morbidity and mortality rates associated with cardiovascular disease and other chronic diseases, such as cancer.

The community: a vehicle for change

Change agents need to be explicit about the meaning they attach to the word "community." We have already seen that it can be interpreted in a variety of ways. For example, a community might refer to a legally constituted body (such as the population of a county), or a block of nations assembled for economic purposes (such as the European Community), or a widely dispersed collection of persons who share a mission (such as an international association of astrophysicists), or simply a closely knit neighbourhood group.

Public systems of social support (the "safety net") and elaborate systems of mass communication can both undermine the notion of community. While the safety net provides many citizens with basic food and shelter, it also reduces the responsibility of neighbours to pay attention to these needs in their community. The mass media, for their part, have brought world-scale issues and concerns into communities. In so doing, they have created a sense that many problems are too immense and too far removed to be affected in any meaningful way by community action. In spite of these influences, however, there are limitless examples of neighbourhoods, issue groups, and even entire communities joining forces to improve their situation.

Let us return to the definition of community. All too often, the term is so vaguely defined that it is impossible to focus on specific targets for change. No clue is given about which persons share common concerns or about the specific issues to be addressed. But specifics are required: where the process is to begin, with whom, and what results may be predicted.

The definition of community is particularly important for change agents who take a community-oriented approach to heart health inequalities. People who lack the resources to achieve a common goal do not necessarily all live in the same neighbourhood. For example, chronic unemployment may affect people who live in several localities, and those who are unemployed will therefore need assistance in "forming community" around the cause they share. Different situations require a different interpretation of "community."

Whether a community is defined by geography or by commonality of cause, its capacity to achieve change comes from its members' sharing their respective talents, their access to resources and their enthusiasm, and, most especially, their giving and receiving of support. As the community gains strength, it relies less and less upon professional support. This does not run counter to the idea that the health care system is responsible for ensuring the health of all. What is needed is a genuine partnership that encourages a shift towards greater community-level participation. This is much more than a dream of an enhanced democracy. It is an opportunity to find new ways of enabling all members of society, regardless of their social and economic circumstances, to remove barriers to heart-healthy living.

Healthy communities are said to have certain features relating to their capacity to deal with their problems. These include:

- the existence of community groups with well developed problem-solving skills and a spirit of self-reliance;
- a broad distribution of power in decision-making and broad participation by citizens in community affairs;
- leaders with community-wide vision and residents with a strong sense of loyalty;
- effective collaboration in defining community needs and the ability to achieve consensus on goals and priorities for action;
- citizens who know how to solve problems and acquire resources;
- a government that provides enabling support; and
- the use of effective methods to resolve conflicts.[18]

The change process

As with individuals, very little can be done to help a community change until it recognizes the need for change. There is no definitive formula for alerting a community to the need for change, nor is there any single approach that will guarantee success once the community decides to act. There are unique circumstances to be accommodated in each community, regardless of the model being used. Rifkin[19] notes that the literature "is not strong enough to suggest a description of a universal model of implementation of community participation in health programs."

One approach to change is that of community development. Its central feature is the requirement that the community itself identify and implement its own answers. In this model, confronting the facts gathered by community members — and known by them to be true — is what enables the community to learn. The role of the change agent is to make sure it happens. Other key elements of the community development approach include collecting and analyzing facts, decision-making about direction, establishing plans, taking action, and evaluating results. Evaluation throughout the process enables the community to make informed judgments about the value of selected procedures.

In essence, community development is a process in which the members of a community organize and work together to influence and control decisions, programs and policies related to their well-being as a community. It involves planning and a systematic movement towards goals, based on a common understanding of what a better community would be. Community development does not limit the community to a particular concern, but allows broad analysis of issues as a prelude to action.

Community mobilization, on the other hand, is less broad. It describes a change process which contains elements of community development but confines the program to a particular type of change — for example, reducing heart health inequalities. Like community development, community mobilization is a process that enables individuals, groups and communities to make the decisions needed to plan and implement strategies for change. Unlike community development, it allows the goal to be limited. Nevertheless, opportunities to gain knowledge, to develop skills, and to make decisions based on this knowledge and these skills are as important to community mobilization as they are to community development. They enable people to build confidence and thereby to gain power over the circumstances that affect their health.

> *"If the individual feels a part of and a degree of mastery over the everyday environment, health is likely to be good. A person who is oppressed and poor and lacks opportunity and mastery will have poor health."* [20]

As the *Ottawa Charter for Health Promotion* expresses it, "people cannot achieve their fullest health potential unless they are able to take control of those things which determine their health."[21] Instead of victimizing the individual who is unable to modify health-damaging lifestyle behaviours, a community mobilization approach seeks to change those socio-environmental conditions that reinforce the risk behaviours. It is an approach that is not restricted to groups

of individuals who have particular risk behaviours; rather, it seeks to involve the *whole* community in identifying the conditions that give rise to health problems, and in finding appropriate ways to change those conditions. Identification of the health problem by the community is a fundamental principle of community mobilization.

Building partnerships for change

Achieving heart health equality demands changes throughout the many systems that influence health. This means that individuals and organizations from different disciplines and sectors must work together in partnership, symbolizing that responsibility for health is shared between individuals and the various systems that impinge on their health.

Partnerships might form around heart health for some of the following reasons:

- Community problems are complex. No single person or organization has the knowledge, time or resources to solve the problem.
- A broad base of community support is required to address the social, economic, and political agendas related to health with a view to bringing about social change.
- Different outlooks can provide fresh approaches to old problems. Traditional approaches to health promotion have not been effective in reaching those living in disadvantaged socio-economic circumstances.
- Funders are increasingly looking for evidence of community partnerships in order to avoid duplication and maximize the use of resources.
- Businesses keen to demonstrate their social responsibility sometimes provide resources to community-based organizations which, although they are a legitimate force in the community, do not have the resources needed to be effective.
- Partnerships provide social support for individuals working on common issues. This can result in personal behaviour change as well as community environmental change.
- The synergistic effect of forming a partnership among several organizations, each with a vested interest in the issue, can balance the influence of individual members.

Partnerships may assume various forms, ranging from rather loose networks to more formalized collaborative structures. The form a partnership takes will depend on how complex the common mission is, how strong the members want the links to be, and how formal the agreed terms of reference are.

In addition to the community itself, various levels and departments of government may be involved, as well as non-government health, social and labour organizations, and private industry. Key players from these various sectors may include community leaders and activists, members of community service organizations, local politicians, church leaders, agency directors, health professionals, educators, volunteers with non-government health and social organizations, labour and industry leaders, spokespersons for special interest groups, and representatives from coalitions. The list of possible partners is as extensive and unique as the community itself. What is important is to identify those organizations and individuals who can most effectively influence the issue, both directly and indirectly. In selecting organizations to become involved, there is a need to consider:

What is important is to identify those organizations and individuals who can most effectively influence the issue, both directly and indirectly

- the ideals and values of the organization vis-à-vis the issue being addressed;
- the desirability of ensuring that differing viewpoints are represented, in order to promote constructive dialogue and a more complete understanding of the issue itself and of the possibilities for action;
- the extent to which the community as a whole is represented;
- the extent to which those directly affected by the issue are represented;
- the inclusion of organizations which are in a position to influence the change process or which, if excluded, might impede the process;
- the extent to which the organization has a vested interest in the issue;
- the enthusiasm and commitment of individuals who would represent the organization in the partnership.

The partnership carries out a number of functions, including planning programs, securing and allocating resources, garnering political support for change, and building coalitions. Before engaging in these undertakings, the partnership must have a clear and common vision of the problem. Not only are problems related to heart health inequality multifaceted, but they may be quite ill-defined at the outset. Reaching a common understanding and articulation of the problem is in itself a developmental process that helps to strengthen and build the partnership.

To be able to clearly identify the problem, members must be open to information-sharing, and respect and trust one another. Table 3, from Habana-Hafner, Reed & Associates,[22] illustrates how a problem being handled by a partnership moves from general ambiguity to more specific definition.

With such a wide range of parties involved, it is not surprising that partners will differ on what needs to be done and how to do it. In addition to the diversity of professional beliefs and individual interests found in these groups, there are likely to be fundamental differences in values. While some participants may bring a strong individual/behaviourist orientation to change, others may focus more on the broader system within which the behaviour takes place. It is naive to think that all will adhere to the same perspective of health promotion. Promoting heart health equality requires an integrated view of health promotion. Working towards an integrated approach to health promotion is a developmental process which cannot be achieved without deliberate dedication of time and effort.

Some important examples of partnerships for heart health promotion are found in the provincial heart health programs being developed under the (federal-provincial) Canadian Heart Health Initiative. In each of Canada's provinces, the heart health inequalities partnerships have formed vertical collaborative arrangements through the establishment of heart health coordinating committees. The provincial affiliates of the Heart and Stroke Foundation play an important role in these committees. In the U.S., examples of partnerships are the Pawtucket Heart Health Project, which included Brown University and the Rhode Island State Department of Health; the Minnesota Heart Health Program initiated by the University of Minnesota School of Public Health, which used a community advisory board in developing its nine-year research and demonstration project; and the Pennsylvania County Health Improvement Program, which involved Pennsylvania State University, the State Department of Health and a local hospital. It is noteworthy that these examples of vertical partnership arrangements all involve different configurations of organizations. In general, the more inclusive the partnership, the stronger the resource base for community mobilization.

Whether the partnerships are vertical, involving groups external to the community, or horizontal, involving groups within the community, their formation is vital to the community mobilization process. The forces they assemble represent major sources of power. Without their support, the community will not readily acknowledge the possibility of altering risk conditions. The existence of such partnerships signals a change in the way health is viewed by organizations with a vested interest in the issue.

A local coalition or partnership has at least three principal functions. It serves as a forum within which community limits are tested. It is a source of knowledge (about community risk conditions which contribute to heart health inequality, about health and social services in the community, and about the community power structure). Finally, it is a formidable gateway to the community. In one Nova Scotia community, the local coalition provided sound guidance on certain community characteristics: it took the position that low-income people should not be targeted directly; rather, the issue of inequalities should be addressed indirectly, since this would help to reduce the risk of further isolating a group already marginalized within the community.

Table 3

How Problems Become Clarified in Partnerships [22]

	Preparation	Negotiation and problem-clarification	Direction-setting, trust-building, and empowerment	Structure and operation	Assessment	
	A community situation is identified . . . the "problem"	Differences arise among potential partnership organizations	Agreements are reached	The problem is attacked	Impact on the problem is assessed	
Problem is general and vague	←	←	←	←	←	**Problem is specific and clear**
	Someone has a sense there is a problem	Several organizational representatives debate how they see the problem	Objectives are chosen that help describe the problem	Activities and projects provide specific details of the problem	Activities and projects evaluated as viable solutions to the problem	

In the case of heart health inequalities, a partnership of agencies external to the community brings together the main groups involved in the health system, whether at the national, regional or local level. Many programs and players are involved — hospitals, physicians and their specialties, nutritionists, public health nurses, university extension programs, therapists of various sorts and a host of health-related voluntary associations, among others. Not unexpectedly, the agencies represented by these practitioners may seek to prevent interference in the exercise of their professional expertise. Any call for a shift in the way services are delivered is likely to elicit a response from the various interests which is, at best, cautious and, at worst, strongly resistant. Weiss[23] comments on the effect of calls for closer cooperation among groups of different professionals as being "in the best interests of the clients and the service organization and indirectly threaten(ing) professional expertise within each area of expertise."

In the case of heart health, the impetus for a community mobilization approach is likely to come from the central policy source — namely, the federal or provincial government. Therefore, a partnership between interest groups at those levels and the community will help to determine ways of instituting the policy locally. In Cape Breton, for example, a joint federal-provincial initiative coupled with empirical findings about the high prevalence of cardiovascular disease risk factors led to the adoption of a community-oriented approach to heart health. In the ensuing three years, a partnership was built up to gradually initiate the community mobilization process. Different members of the partnership contribute different resources, including access to funds, to the local community, to expert and political support, and to material supplies. The focus of the process is the development of an action plan that is both rooted in community data and supported by key "leaders" within the community. Within the partnership, relationships are strengthened as each hurdle of the project planning process is overcome. Although some partners are separated by many miles and must often meet through teleconference, their continuing attention to the progress of the project and to the solidarity of the partnership has been both conscientious and deliberate.

The four phases

The community mobilization approach discussed in this publication involves four main phases of activity, with a series of tasks in each phase. The phases are community entry, identifying mechanisms for change, activating the change process, and implementing concrete plans. The following description is intended to provide general guidelines for health professionals interested in modifying local policies and practices with the aim of enabling the community to take responsibility for heart health. Particular emphasis is placed on the issue of heart health inequalities.

The literature on community mobilization and community development presents many promising approaches to change, each with specific activities known to be effective. The community change agent is advised to sort through these approaches and to seek out the one most likely to work in the local circumstances. Systematic testing to reach a suitable approach is likely to yield better results than repeatedly applying a single approach.

Phase one: community entry

In the case of heart health, the initiative is likely to have come from outside, given the national priority assigned to reducing heart health inequalities. Thus, the change agents are likely to be entering the community under government auspices. Their challenge lies in the fact that the community mobilization process emphasizes *local participation* and the development of *indigenous leadership* to achieve objectives set *by the community*. Their first task is to gather community support. How much support they receive will depend on how well their intentions are understood. Therefore, they will need to articulate clearly, and through a range of media, their purpose, the process they will follow, and the anticipated outcomes of a community mobilization approach to heart health. Community entry is a systematic process by which a proposed procedure becomes well understood and accepted by the local population.

Because the decision to engage a community in formulating and implementing its own approach to heart health usually originates at a policy level far removed from the local community, some negotiation will be needed between the change agent and the community about roles and process. Although heart health inequality is recognized nationally as an issue rooted in the community, it is less likely to be acknowledged locally as a matter for urgent attention. Alerting the community to the need for action means bringing the message from the top to the bottom, as it were. In the case of heart health, measures are being taken nationally to describe the risk conditions and factors that can produce cardiovascular disease. Because this knowledge has not yet percolated down to the community level, there is a wide gap to be closed between the policy decision and the implementation of that decision at the local level. Located within that gap are the key people who understand the implications of the policy and wish to mobilize the local community to change the way it deals with the problem of heart health. Community entry, then, is the process of closing the gap between policy and community action.

The change agent can close the gap between the source of the idea and the locality where the change is to occur by carefully introducing the idea for change into existing community concerns, particularly those with the potential to result in group action. Since there will be no lasting change unless citizens "buy in," it is important to show the relevance of the idea to the community in which the change is to occur. That an idea for change might emanate from "above," rather than from the community itself, may cause alarm among some community change specialists. But, at the end of the day, there is little point in arguing about the legitimacy of bringing in ideas from outside — no idea will be accepted unless the community recognizes it as being potentially beneficial.

A decision taken by those involved in a province-level heart health program to implement a community mobilization approach must make its way through authorities at the county level before it can be implemented at the community level. Given that this is the case, the change agent must have a good understanding about the leadership and the distribution of power between the decision-making level and the community in which the decision is to be implemented, since there will be "gatekeepers" along the way, each with a particular stake in the issue. Community entry thus involves much more than securing information about the community itself. Also required is information about organizations, programs and dispositions lying between the policy decision and the community.

The change agent faces two essential tasks related to community entry, namely:

- to determine the degree of support among key leaders for the idea of having citizens identify and implement their own solutions. There is no point in proceeding if there are potential blockages in the system. For example, the mobilization approach may pose a threat to professionals with subject specialties to safeguard, to bureaucrats with departmental mandates to protect, or to leaders with political power to maintain.
- to identify communities where a similar approach to change has been adopted. The principal indicators would be: community acknowledgement of the problem as one that needs to be solved; the responsibility for deciding on solutions lying with the community; and the entire process — from problem definition through solution implementation — being a learning process for community participants. Examples might include a successful community effort to initiate a breakfast program, or to arrange reliable transportation for residents living in remote areas. Such examples also demonstrate the educational benefits gained by those who addressed the need, undertook the action and effected the improvement.

Phase two: identifying mechanisms for change

Given that the objective is to enable individuals and communities to gain greater control of the circumstances affecting their health, the means to achieve that end must be readily available to, and easily used by, the community. In some communities, resources are plentiful and people are well equipped to take advantage of them. In others, particularly those where inequality is an issue, both the resources and people's ability to gain access to them are limited. Change agents and their sponsoring agencies need to pay careful attention to these realities at (at least) four levels: where the policy originated; where the programs of relevant service agencies intersect; where the work of local organizations comes into play; and where the members of the target community decide what role they will play.

Clearly, a community mobilization approach requires program flexibility at the policy level. Yet, having to accommodate various levels of resources and abilities can make program plans, costs and results unpredictable. This can severely test administrative systems that have hard-and-fast criteria for program accountability. Typically, programs rooted in official policy have built-in safeguards against misuse of public funds: prescribed structures, well defined funding conditions and rigorous lines of reporting. One of the challenges inherent in the community mobilization approach to change is to find ways of maintaining suitable accountability while still allowing the flexibility needed to generate strong, local identification with the program's activities.

Even though one organization may achieve program flexibility, others will not necessarily "buy in" to the same approach. The mandate and programs of numerous agencies touch on issues relating to heart health inequality. These agencies must be prepared to modify their modes of service delivery so that the community can utilize many different types of resources as it seeks to change the circumstances that undermine its members' heart health. This is why partnership-building among the relevant agencies is so important. Many interest groups will experience the same difficult problems — for example, the inevitable resistance of professionals to changing their way of working. Through the give-and-take that occurs within a partnership where each entity endeavours to protect the integrity of its own role, agreement will eventually emerge about how to blend professional services in the interest of the shared goal — that of instituting an integrated, developmental approach to change. But this is a slow process. As already noted, the same kind of collaborative effort is required among local-level organizations whose services are relevant to heart health equity. An organization whose work brings it into direct contact with the community is a potential candidate for helping initiate the development process, and could appropriately serve on a steering committee for the project.

Success at each level — central policy, regional agency, local organization — helps to build a local ownership base. The community is then free to decide what it wants to do within the general parameters of the program. What shape the organization ultimately takes, and the nature of its activities, will be determined by the circumstances and characteristics of the particular community. This is a matter of developmental necessity and does not imply that any agency will lose control over its mission. On the contrary, collaborative effort may enhance the prospects for participating groups to achieve their respective objectives.

Several tasks are involved in finding appropriate mechanisms for change. They include those of:

- *Establishing flexible measures of program effectiveness at the policy level.* This allows local communities to undertake program activities appropriate to their unique circumstances (for example, a community decision to work on income enhancement can be as valid as one to work on nutrition).
- *Negotiating with organizations whose goals and programs have an impact on socio-environmental conditions at the community level.* This suggests establishing a partnership of agencies for joint sponsorship of programs, and, at the community level,

establishing a collaborative mechanism to facilitate the joint development process.

- *Arranging ways for the community to identify what form of organization it requires to implement its decisions and to control the process.* This will call for negotiation between the community and the initiating body which — at least at the outset — would tend to be more representative of "outside" than "inside" interests. It must also be recognized that poorer communities have minimal access to resources. This presents a dilemma, given the objective of achieving community mobilization. Minimal internal support implies a need to seek external support, but this invariably comes with a set of controls. There is ample evidence to support the claim of Hunter and Staggebborg:[24] "the less the external funding, the less control, while the greater the external funding, the greater the control over locally organized activities."
- *Ensuring that training is available for members of the local initiating group and, as things progress, for those who set policy for the local organization and manage it.* It is important that goals and plans be clear and that the skills needed to achieve them be available.

Phase three: activating the change process

At its best, the community mobilization process positively transforms the extent to which the community has control of the conditions that affect its members' well-being. As we have already seen, the need to do something about factors that affect heart health, combined with the ability to act, can stimulate community action. Moreover, policies aimed at assisting citizens to act on their pressing concerns need to be sensitively introduced. The goal is for individuals and agencies working in relevant fields in the community to form partnerships that will both support *their* interests and enable the community to take charge of *its* interests. Through the mobilization process, the community can attain goals that serve its interests and, ultimately, those of the wider society.

The community mobilization approach to change is not espoused by most professionals in the field of human services. In her discussion of "substance versus symbol in administrative reform," Weiss[25] advances some of the reasons why such professionals resist measures to integrate and coordinate services. Referring to service providers as having to "bear the brunt of system-wide reform," she argues that because they are "by training and experience, the guardians of quality in the management and delivery of services, it makes them suspicious of change imposed upon them by those without similar experience."

In addition to imposing a requirement that services be harmonized, community development — and, by association, community mobilization — is seen as a "hands-off" approach that relies mainly on vague feelings expressed by a community about the direction it will follow. Although this reputation is unwarranted, it undoubtedly adds to professionals' tendency to resist the community mobilization approach.

Two apparently contradictory characteristics of the community mobilization approach are, firstly, its emphasis on local determination versus its dependence on substantial external support; and, secondly, its reliance on the community to decide what action to take versus its insistence on a rather rigorous system of prescribed planning and organization. The irony evaporates once it is understood that a combination of learned dependence and inadequate resources has left some communities more or less helpless when it comes to deciding how to improve their circumstances. The kinds of outside support and systematic procedures needed are those that reduce dependency and build community self-determination. Community mobilization is a mechanism for transferring control from the vertical (outside) axis to the horizontal (local) axis to achieve program effectiveness at the community level.

A combination of learned dependence and inadequate resources has left some communities more or less helpless when it comes to deciding how to improve their circumstances

In order to maximize the opportunity for local initiative, it is important to build on existing structures. Most likely, there will already be some key local organizations working on heart health factors that concern the community. By forming a coalition, these groups can provide the initial stimulus for using a mobilization approach to change. Once a steering committee is functioning, the following tasks will help to activate the change process:

- *Specify the purpose of the initiative.* Presumably, no community would begin a change process unless there were some shared concern. However, there may be ambiguity about the exact nature of that concern. For example, a concern about the high cost of nutritious food may mean different things to different people. The change agent's task is to enable the community to clarify and articulate the meaning of the problem and to communicate it in a consistent manner.
- *Establish a formal structure for dealing with the problem.* With the general parameters of the problem understood, the next step is to establish a formal

structure to support a process of fact-finding, planning and implementation. The objective here is to provide maximum opportunity for the community to learn what it is up against, and what it must do to overcome barriers. Time, talent, and excellent leadership are needed to devise plans and actions to overcome barriers, which are often rooted in established modes. Ideally, the change organization will be able to hire at least one full-time, paid employee to facilitate the process.

- *Conduct a rigorous program of data-gathering.* Facts serve as a source of power for a community bent on change. But facts can be particularly difficult to gather and communicate in low-income, low-education communities. Nevertheless, the residents of such communities can be assisted in the collection, compilation and presentation of data to support their case for change. The process in which community members are supported in gathering, displaying and correcting local data is itself a learning experience and, as such, a powerful mechanism for change.
- *Establish task groups.* As data are discussed within the community, and as the organization gradually establishes a plan for change, task groups can be formed to deal with selected sub-projects. For example, a project to improve access to nutritious and affordable food might explore the prospect of having supermarket price specials correspond to social support payment dates. As a sub-project, a task group might gather the views of food retailers on how to increase the accessibility of healthy food choices. The local task groups play a critical role in the development process. Their work is technically demanding and contributes directly to the overall project. It therefore provides an excellent opportunity to build planning, management and communication skills within the community.

Phase four: implementing concrete plans

The principal way to sustain action is to have a plan that is well understood and strongly supported by the community. The plan sets direction, is a focal point for communication, and provides a basis for measuring successes and failures. In community mobilization, the plan is built through participation, a process that involves greater community control and commitment than would a consultation process. Whereas participation calls for negotiation and compromise, consultation rarely moves beyond the presentation of views that may or may not be included in the eventual plan.

Some people claim that the opportunity to plan is a luxury affordable only to those who have rich and reliable resources. For persons of low socio-economic status coping with a plethora of risk conditions, planning is a slow and deliberate process which requires considerable learning and the assurance of solid support. But those who are subject to the risk conditions need not do the planning on their own. Also involved are various agencies and organizations whose services will become resources for the plan once it emerges. The plan, then, is the rallying point for community action. It represents the beginning of a dynamic change process, described by Rifkin as follows:

> *"Community participation appears to be a dynamic process which is in a constant state of change . . . planners should view community participation as being in a dynamic rather than a static state, and should remain flexible as people and objectives change."* [26]

The action plan specifies what is to be done, by whom and when, as well as identifying the indicators of success. Implementing it includes the following tasks:

- *Ensure that the entire community is familiar with the plan.* While it is probably unrealistic to expect the whole community to participate in formulating the plan, it is essential that its objectives and the proposed means of achieving them are familiar to all residents. This creates support for the change process, and it helps the community to build self-esteem by sharing in the effort to bring about change as well as in the satisfaction of achievements, once they start coming.
- *Establish how to rally the resources needed to achieve the plan's various objectives.* At this point, all possible resources are called into play to assist the community, including service agencies, the public media, influential players from outside the community, and friends of every sort.
- *Publicize program achievements.* Bearing in mind that the effort began at the policy level, far removed from the community itself, and that it involved various agencies en route to the community, publicizing its achievements will acknowledge the efforts of policy-makers, partnerships and steering committees all along the line. Good news also helps to boost enthusiasm at the community level.

Training and technical systems

Understanding what is needed to improve heart health through community mobilization is a challenge, not only because of the diversity of interest groups involved, but also because of the range of health-related conditions to be tackled. Added to these complexities is the need to acquire the various skills (or to ensure that they are acquired) for successfully implementing a community mobilization approach to heart health inequality. The gap between understanding what is required and actually being able to carry out the change process is akin to the gap between mastering knowledge through education and mastering skill through training. Each calls for a particular approach to learning. In the case of education, the activity takes place in the cognitive domain and includes awareness, understanding, application, evaluation and synthesis. Training involves something more — a psychomotor process and time to master the skills required.

A key element of any community mobilization approach to heart health must be education and training: of those involved in building new organizational structures (e.g., in partnerships on the vertical and horizontal planes); of those involved in formulating approaches to and support systems for achieving community action; and of those who must be knowledgeable about health issues, policies and programs.

Our earlier review of phases and tasks associated with the community change process indicated areas in which education and training might be required. For example, a task associated with *community entry* is to determine how much support there is among key leaders for having citizens identify and implement their own solutions. Before any training takes place, it must be decided who should gather such information, from whom, under what circumstances, and to what extent. The answers to these questions have implications both for the process (formal or informal) and the content of the training.

Again, one task associated with *community change* is negotiating with organizations whose goals and programs have an impact on socio-environmental conditions at the community level. As in the previous example, the pre-training questions are crucial because their answers will determine the scope and nature of the training — who is to negotiate with which organizations, and to achieve what type of outcomes? These brief examples show how tasks at all levels of the change process will help to identify what kind of knowledge and skills are required, and, therefore, what type of education and/or training is needed.

"There is no general model of an educational process relevant to strengthening all communities for CIH" (community involvement in health). So states the 1991 report of a WHO Study Group on this issue.[27] The document identifies the issues to be addressed:

> *"• Any training activity must be preceded by some assessment and analysis of existing levels of knowledge and skills in health development within the community in order to avoid unnecessary duplication.*
>
> *• As a basic principle, the content of training should build upon some existing areas of knowledge and skills, and not replan them by new and possibly irrelevant ones.*
>
> *• A crucial issue will be that of the role of community members in CIH. This will have a direct influence upon training content since different roles will clearly imply different areas of knowledge and skills.*
>
> *• The communities themselves should play a part in determining the content of any training activity, since only they will be able to judge the relevance of this content effectively."*

Following general adult education principles, this list of education/training issues suggests that training might include planned learning through experience as distinct from training in classroom settings. Both professionals and other community members will need to acquire new skills (and to have the opportunities to do so), be it in class or on the job.

> *"In the broadest sense, community development is an educational endeavour. It is a process that involves members of the community, community leaders, and consultants in learning how to create needed, desired, and effective changes to the social and biophysical environments."* [28]

Health professionals

> *"A major transformation of our society is under way . . . At the societal level it is manifested by the community development approach to health problems and a strengthening of the community's mediating structures . . . There are many roles for health professionals in this emerging society, and in bringing about the transformation."* [29]

The shift in focus from a treatment-based health care system to one that seeks to prevent disease and promote health calls for a major change in direction for many health professionals. Following the medical model, the training of most health professionals has been curative in orientation. In order to be able to play their new role — that of enabling people to assume greater control over their health — health professionals require new knowledge and skills. These may include:

- understanding the complex interrelationships of the determinants of health within community settings;
- facilitating the community entry process;
- communicating effectively with people from diverse cultural, educational and experiential backgrounds;
- recognizing opportunities to mobilize communities around health issues;
- providing supportive, but not controlling, leadership;
- collaborating with people from other disciplines and sectors;
- designing community health initiatives which involve citizens in all aspects of program development;
- evaluating the process and outcome of community programs and, in particular, employing participative approaches to evaluation.

To be able to play their new role — that of enabling people to assume greater control over their health — health professionals require new knowledge and skills

Attitudes of open-mindedness, perseverance and mutual respect, plus an ability to tolerate ambiguity as issues are clarified, are necessary attributes if new knowledge and skills are to be put into practice.

The role of health professionals who engage in a community mobilization approach will be altered not only at the community level but also within the structure of their profession. The WHO Study Group puts it this way: "Since the health system should respond to the community, nurses and doctors will need to acquire the additional skills required for lobbying their own system."[30] The report also refers to ways in which the basic, university-level training of health professionals must be modified to accommodate a community-oriented approach to change. Among other things, health practitioners need to be able to conduct two-way communication with communities, to assist the community to determine priority needs and rights, and to enable the community to work on agreed actions, which might include putting pressure on systems to provide services.[31]

Citizens and community leaders

> *"Health should be everyone's concern . . . Clearly, adult education is one major activity for developing an aware, informed and active public; as such it has a significant role in the development of primary health care and in maintaining this movement as the 'central thrust' of the health system."* [32]

The community mobilization process is nothing if it is not a learning process. Citizens can only take charge of the circumstances that affect their health if they acquire the necessary knowledge and skills.

Perhaps the most daunting challenge faced by community mobilization practitioners is to ensure that community members who take on such tasks as data-gathering, planning, communication, problem-solving, and group process receive the training they need to ensure the success of their efforts. This, after all, is the underlying theme of the entire effort: to empower communities to overcome the risk conditions that bar their access to healthful living. As community members practice the skills *they* see as being essential for doing the jobs *they* deem necessary, the learning gradually occurs.

> *"(Attainment of health for all) is not possible without active participation, and participation, in turn, is a direct outcome of proper education. For people will not attain what they do not participate in and will not participate unless they are properly informed and motivated, as participation is not only a physical, but mental, process of involvement."* [33]

Those who recognize the importance of achieving change through community development — and, by extension, through human resource development — also recognize the requirement for effective training to support the process. This is far more than the routine provision of a few courses. The training must be geared to the particular task to be undertaken, and to the various components of that task. (Training for the process of data-gathering, for example, will cover

interviewing, analysis and reporting of results.) The training must be delivered through a carefully sequenced curriculum and conducted at the time and in the location most appropriate for the learner.

Another community-level task is ensuring that the whole community is familiar with the plan for change. This task calls for skills in communicating information in a manner that leaves the way open for clarification, modification, and invites community commitment. The ability to assist small groups to understand, discuss, and modify a plan is important not just to the overall change process but also to the personal development of the community volunteer. The training will cover both theoretical and practical issues. While some volunteers might need only a few hours to learn, others might need much longer. Such variations in terms of needs, time and appropriate training settings are routine considerations in adult education.

The training might be carried out by other community volunteers, or by professional adult educators; the facilities of educational institutions might be used, or the training might be limited to field practice. Communities differ; learners differ. Catering to such differences is inherent in training. The essential point is that skill development needs will have to be met if communities are to be involved in any sustained way in controlling the conditions that affect heart health equality.

An important practical concern for those interested in instituting a community mobilization approach is to determine where the responsibility should lie for ensuring that community participants receive appropriate training. Ideally, enabling communities to take charge of their circumstances will eventually become part of the culture, but in the meantime change agents need to have somewhere specific to turn for assistance with their myriad training requirements. Formal institutions such as schools, colleges and universities are the most obvious place to look for training assistance. Courses designed for youth can often be modified to meet the practical needs of adults who are involved in community change efforts. However, there are often more training resources in a community than one might at first imagine. Ongoing projects in which people are engaging in group-centered approaches to community change — described by Michael Felix as "learning incubators" — are, in effect, informal training sites where citizens can practice community mobilization alongside relatively experienced practitioners.

There is an opportunity here for educational institutions in the community. However, some institutions — for example, those whose top priority is to offer formal learning programs for youth — may need incentives to revise their current approaches. Heart health equality provides that incentive.

Opportunities and challenges

Heart health inequality presents a major *opportunity for society to acknowledge and deal with the broad, socio-environmental determinants of health.* Inequality implies an unfair distribution of access to heart health as between different groups within a population. As a rule, disadvantaged persons are powerless to change adverse conditions unless they take some form of collective action that releases resources to work in their interest. Bearing in mind that heart health is only one of many areas of health that are affected by socio-environmental conditions, the heart health experience can provide valuable lessons on how persons of low socio-economic status may improve their access to health-promoting conditions.

A second challenge is *finding a process that can effectively tackle adverse socio-environmental conditions.* Those who are victims of inequity must gain power by identifying ways to overcome their disadvantage and then acting accordingly. This suggests a process that enables those who are disadvantaged to locate and utilize the resources they need to do the job. It may be argued that naming heart health as the category of inequality places limits on the community's freedom to identify and tackle the widest possible range of socio-environmental conditions. The policy and funding base for heart health may not permit it to deal effectively with the broader determinants of health — for example, income and housing conditions. Nevertheless, by employing community development principles and practices, albeit in a limited context, it is possible to have an impact on at least some of the key determinants of health (for example, access to nutritious food). This same rationale can be used to justify engaging in community mobilization as opposed to the "purer" community development.

Using community mobilization as a means of reducing heart health inequalities provides an opportunity to empower people

Using community mobilization as a means of reducing heart health inequalities provides an *opportunity to empower people,* because it is a health promotion strategy that places maximum emphasis on enabling people to learn to overcome barriers to health. The social and political skills acquired in the process not only raise learners' levels of confidence and self-esteem, but are transferable to other areas of action, some of them quite outside the domain of heart health.

A community mobilization approach to heart health provides both an *opportunity to define collaborative roles and a challenge to make collaborative systems effective.* Collaborative effort is required on the vertical plane, along which are key policy and program groups who influence the way in which programs are delivered at the community level, and on the horizontal plane, along which are situated policy and program groups whose work is directly felt in the community. The vertical plane might include governmental and key voluntary agencies at the national and regional levels, while those on the horizontal plane would include not only those who work directly in health areas, but also the many agencies and groups whose programs affect the community's access to resources. Building coalitions of support among the diverse and sometimes competing groups along each plane can be exceedingly time-consuming and often frustrating. Yet it is critical to the community mobilization approach to change that strong supporting partnerships should exist on both planes.

It is a *challenge for lead agencies in the health field to realize that coalitions do not supplant their mandate.* When groups collaborate to provide resources for community initiatives, there will inevitably be competing interests and values, and compromise will be called for. For example, an agency whose policy is to "educate" by providing print materials will be challenged by pressure from a literacy agency to find ways of reaching those who do not read well. Pressures of various kinds can cause lead agencies to fear that their authority and mandate is being challenged, so much so that they may resort to measures that erode the effectiveness of the coalition.

When coalitions of agencies form to support the community mobilization process, they provide *opportunities for the community to gain access to new resources.*

This serves the interests of both the community and the agency. The coalition provides a point of entry to resources otherwise inaccessible or not known about. For example, a literacy agency with limited voluntary resources might remain largely unknown until a coalition member notices that literacy services are required and provides information on how to secure them. In turn, the literacy agency might find that as a coalition member, it has access to municipal resources that can augment its own services. Coalitions are, in themselves, partnerships of resources; they are also excellent routes through which communities can gain access to further resources. The challenge is the same for the agencies and the community: to *reallocate old resources and develop new ones.*

A community mobilization approach to health provides the *opportunity to identify, recruit, and train new leaders in health.* This flows naturally out of a systematic, community-based approach to socio-environmental conditions that militate against heart health. Suppose, for example, that parents need to learn more effective ways of providing sufficient and appropriate food for their families. There may be members of the community who are interested in working with their neighbours as peer educators. This role involves much more than serving as a subject specialist, because it requires the person to lead, to motivate, to pay attention to individual circumstances, and to be open to other learning needs in the community. The process of becoming a leader in health is part of the process of becoming a leader in the community.

The community mobilization approach challenges established community organizations — educational institutions among them — to adapt their role so that they can assist the community in learning how to overcome adverse socio-environmental conditions. The *challenge for educational institutions is to assume a training role in the community mobilization process.* This was mentioned earlier in connection with the requirement that training be "customized" according to the background of the learners, the skill(s) to be mastered, and the resources available — for example, how much time the learners can dedicate, and what learning settings are appropriate. Although in the field of adult training these are normal constraints, they remain a distinct challenge for established educational institutions.

Reducing heart health inequalities among Canadians means empowering people to overcome risk conditions that bar their access to healthy living. The challenges are many and extend beyond those outlined in this publication. However, health professionals, policy-makers in the private and government sectors, as well as a broad range of community leaders and volunteers all have opportunities to stimulate important change — change that will extend far beyond the reduction of heart health inequalities, fundamentally altering the way we view our health and develop our health system in Canada.

References

1. **Epp, J.** *Achieving Health for All: A Framework for Health Promotion*, Health and Welfare Canada, November 1986.

2. **World Health Organization, Health and Welfare Canada and Canadian Public Health Association.** *Ottawa Charter for Health Promotion.* Ottawa, 1986.

3. See reference 2 above, at p. 1.

4. **Mahler, H.** Address by the Director General of the World Health Organization at the Opening Ceremony of the International Conference on Health Promotion in Industrialized Countries. November 17-21, 1991, Ottawa. *Canadian Journal of Public Health*, 77(1986): 387-389, at p. 387.

5. See reference 2 above.

6. **Millar, W.J. and Wigle, D.T.** "Socio-economic disparities in risk factors for cardiovascular disease." *Canadian Medical Association Journal*, 134(1986): 127-132, at p. 127.

7. **Working Group on the Prevention and Control of Cardiovascular Disease.** *Promoting Heart Health in Canada.* Report submitted to the Federal-Provincial Advisory Committee on Community Health. June 1987, Ottawa, at pp. 1-2.

8. **Wilkins, R.** "Health inequalities in Canada: Some policy implications." *Heart Health Inequalities Workshop Report.* December 3, 1987, pp. 5-10, at p. 7.

9. **Evans, R.G. and Stoddart, G.L.** "Producing health, consuming health care." *CHEPA Working Paper Series #90-6.* Hamilton: MacMaster University, 1990, at p. 36.

10. Table 1 adapted from **Stachtchenko, S. and Jenicek, M.** "Conceptual differences between prevention and health promotion: Research implications for community health programs." *Canadian Journal of Public Health*, 81(1990): 53-59, at p. 55.

11. **World Health Organization, Regional Office for Europe.** "Health Promotion: A discussion document on the concept and principles." *Summary Report of the Working Group on Concept and Principles of Health Promotion.* Copenhagen, September 1984, p. 2.

12. See reference 2 above, at p. 2.

13. See reference 10 above, at p. 58.

14. **Edmonton Board of Health.** *Proceedings of the 1988 Summer School on Community Health Promotion: Effective Heart Health Programs.* August 22-26, 1988, Edmonton, at p. 11.

15. **Labonte, Ronald.** As presented at "Challenges for Health Promotion and Prevention of Noncommunicable Diseases," a CINDI-WHO conference held in Toronto, June 1990.

16. **Green, L.W. and Raeburn, J.M.** "Health Promotion. What is it? What will it become?" *Health Promotion*, 3,2(1988): 151-159, at p. 156.

17. **Noack, H.** "Concepts in health and health promotion." In *Measurement in Health Promotion*, edited by T. Abelin. World Health Organization Regional Publication, European Series No. 22, 1988, at p. 6.

18. **Lackey, A.S., Burke, R. and Peterson, M.** "Healthy communities: the goal of community development." *The Community Development Society*, 18(2): 1-15.

19. **Rifkin, S.** "Lessons from community participation in health programmes." *Health Policy and Planning*, 1,3(1986): 240-249, at p. 241.

20. See reference 16 above, at p. 154.

21. See reference 2 above, at p. 1.

22. Table 3 derived from **Habana-Hafner, S. and Reed, H.B. & Associates.** *Partnerships for Community Development: Resources for Practitioners and Trainers.* University of Massachusetts, Center for Organizational and Community Development, 1990.

23. **Weiss, J.A.** "Substance Versus Symbol in Administrative Reform." In *Community Organizations: Studies in Resource Mobilization and Exchange*, edited by Carl Milofsky. New York: Oxford University Press, 1988, at p. 104.

24. **Hunter and Stoggebborg.** "Local Communities and Organized Action." In *Community Organizations: Studies in Resource Mobilization and Exchange*, edited by Carl Milofsky. New York: Oxford University Press, 1988, at p. 258.

25. See reference 23 above, at pp. 103-104.

26. See reference 19 above, at p. 242.

27. **World Health Organization.** *Community Involvement in Health Development: Challenging Health Services.* Report of a WHO Study Group, 1991. WHO Technical Report Series 809, at p. 33.

28. **Lassey, W.R. and Sashkin, M.** "Leadership and community development." In *Leadership and Social Change*, edited by W.R. Lassey and M. Sashkin. San Diego: University Associates, 1983, pp. 251-59, at p. 259.

29. **Hancock, T.** "Health in transition." *Canadian Home Economics Journal*, 35(10): 11-16, at p. 11.

30. See reference 27 above, at p. 29.

31. See reference 27 above, at p. 29.

32. **Litsios, S.** "Primary health care and adult education: Opportunities for the joining of forces." *Convergence*, 15,2(1982): 14-21, at p. 20.

33. **World Health Organization.** *Communication Sciences for Health Promotion.* AFRO Technical Report Series, No. 10, 1979, at p. 15.

Supplementary reading

Kickbusch, I. "Health promotion: A global perspective." *Canadian Journal of Public Health*, 77(1986): 321-326.

Raeburn, J.M. and Rootman, I. "Towards an expanded health field concept: Conceptual and research issues in a new era of health promotion." *Health Promotion*, 3,4(1989): 383-392.

Slater, C. and Carlton, B. "Behaviour, lifestyle, and socio-economic variables as determinants of health status: Implications for health policy development." *American Journal of Preventive Medicine*, 1,5(1985): 25-33.

Tarlov, A.R. and Felix, M.R.J. *Producing Health in America: Mobilizing Communities*, 1992 (in press).

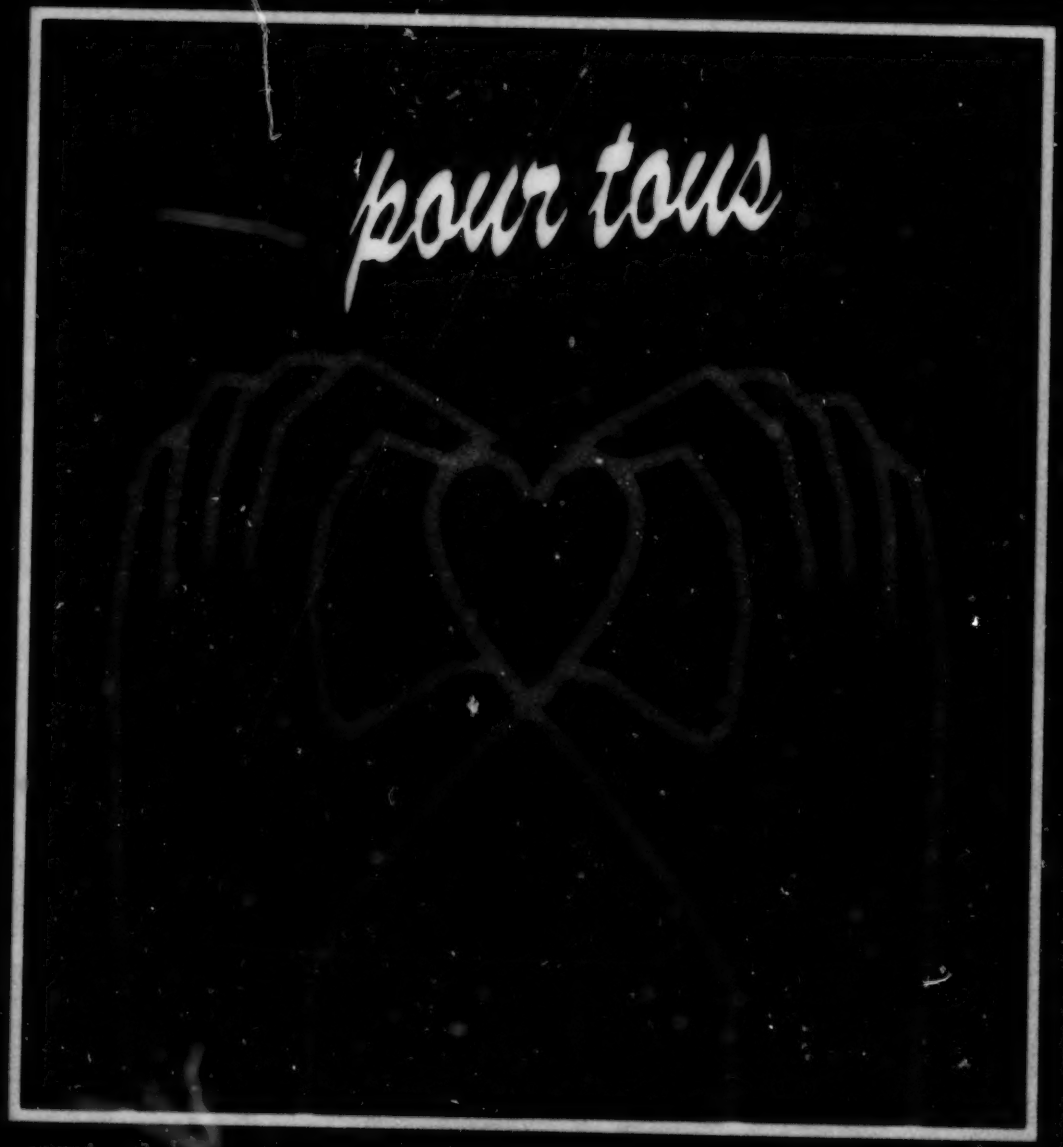
Watt, A. and Rodmell, S. "Community involvement in health promotion: Progress or panacea?" *Health Promotion*, 2,4(1988): 359-368.

Wilkins, R. and Adams, O.B. "Health expectancy in Canada, late 1970's: Demographic, regional, and social dimensions." *American Journal of Public Health*, 73,9(1983): 1073-1080.

Wilkins, R., Adams, O. and Brancker, A. "Highlights from a new study of changes in mortality by income in urban Canada." *Chronic Diseases in Canada*, (May 1990): 38-40.

World Health Organization, Regional Office for Europe. "Health Promotion: A discussion document on the concept and principles," *Summary Report of the Working Group on Concept and Principles of Health Promotion*. Copenhagen, September 1984.

Zakus, J.D. and Hastings, J.E.F. "Public involvement in health promotion and disease prevention: A comprehensive literature review and analysis." In *Health Services and Promotion Branch Working Paper*. HSPB 88-10, 1988.


pour tous

LA SANTÉ CARDIO-VASCULAIRE

pour tous

la mobilisation communautaire

Publication autorisée par le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social
Also available in English under the title
Heart Health Equality: Mobilizing Communities for Action

© Ministre des Approvisionnements et Services Canada, 1992
Cat. H39-245/1992 F
ISBN 0-662-97435-2

Préface

Les Canadiens ne jouissent pas tous d'une bonne santé, ou du moins pas dans une mesure égale : l'incidence de maladie et la prévalence des facteurs de risque sont nettement plus élevées chez certains Canadiens. Les maladies cardio-vasculaires ne font pas exception à cette règle. Au cours des cinq dernières années, deux grands rapports d'orientation ont souligné la nécessité de privilégier la prévention et de prendre des mesures pour contrer les iniquités et inégalités en matière de santé comme moyens de rehausser de façon appréciable le niveau de santé des Canadiens. *La santé pour tous*, document de travail publié par Santé et Bien-être social Canada en 1986, mettait tant les secteurs liés à la santé que ceux qui ne le sont pas au défi d'adopter un mode d'action intégré, intersectoriel, pour aborder ces questions de front. De plus, dans son rapport intitulé *La promotion de la santé cardio-vasculaire au Canada*, le Groupe de travail fédéral-provincial sur la prévention et le contrôle des maladies cardio-vasculaires expliquait l'incidence des différences socio-économiques sur la répartition des maladies cardio-vasculaires dans la société canadienne, insistant également sur la nécessité de passer à l'action.

Ces deux documents ont stimulé les travaux d'élaboration de politiques ainsi que diverses activités visant à aborder le problème des inégalités en matière de santé dans le cadre de l'Initiative canadienne en santé cardio-vasculaire. Dès 1987, feu le Dr Vincent Matthews a entrepris de sensibiliser bon nombre d'entre nous au sujet des inégalités, ce qui a incité plusieurs de nos collègues à se mettre à la recherche de façons d'aborder ce problème de taille. Dans les années qui suivirent, des ateliers ont été consacrés à l'emploi des méthodes de développement communautaire pour parer aux inégalités en matière de santé cardio-vasculaire. De surcroît, des projets ont été mis sur pied dans différentes collectivités en vue d'aborder le problème des inégalités en matière de santé ou de santé cardio-vasculaire, ainsi que pour peser l'efficacité de différentes méthodes. MM. Ron Labonte et Michael Felix et Mme Pamela Thompson se sont particulièrement distingués par leurs apports à cet égard. De nombreux autres ont joué un rôle dans l'ensemble du processus et ont fourni des critiques éclairantes, notamment le Dr Christine Colin, Mmes Phyllis Hodges et Lynne Blair, les Drs William Shannon et Madeleine Blanchet, et Mme Michele Harding.

Cet objectif de réduire les iniquités en matière de santé a incité bien des gens à s'activer. Tous conviennent du fait que c'est dans la collectivité que le changement doit éventuellement se produire. Le Dr Teresa MacNeil, directrice du département de l'éducation permanente à l'Université St. Francis Xavier, Antigonish, Nouvelle-Écosse, participe à l'Initiative en santé cardio-vasculaire pratiquement depuis que celle-ci a été mise sur pied. Elle s'est occupée de nombreux projets communautaires et a présidé d'innombrables débats sur l'application pratique des méthodes de développement communautaire dans le cadre de projets d'infrastructure locale visant à réduire les inégalités en matière de santé cardio-vasculaire. Manifestement, un même modèle ne suffira pas à initier un changement dans toutes les collectivités. Le présent document, rédigé par le Dr MacNeil, décrit un modèle possible. Il devrait aussi provoquer un examen critique des méthodes fondées sur la mobilisation communautaire et, au bout du compte, donner lieu à la prise de mesures visant à réduire l'incidence de maladies cardio-vasculaires chez les Canadiens moins bien nantis.

Andrés Petrasovits, Ph. D., M. S. P.
Unité de la prévention des maladies cardio-vasculaires
Direction générale de la promotion de la santé

Table des matières

Introduction *1*

Le défi des inégalités en santé cardio-vasculaire *2*

Déterminants socio-environnementaux *3*
Promotion de la santé et prévention des maladies *4*
Stratégies d'intervention *5*
La santé : une responsabilité partagée *7*

La mobilisation communautaire *8*

Une perspective du changement *8*
La santé cardio-vasculaire comme incitation *9*
La collectivité : véhicule du changement *10*
Le mécanisme de changement *10*
Partenariats pour le changement *11*

Les quatre étapes *14*

L'étape un : l'introduction dans la collectivité *14*
L'étape deux : la détermination des mécanismes de changement *15*
L'étape trois : l'activation du processus de changement *17*
L'étape quatre : la mise en œuvre des plans d'action *18*

La formation et les systèmes techniques *19*

Professionnels de la santé *20*
Particuliers et dirigeants civiques *20*

Les occasions et les défis *22*

Renvois *24*

Lecture supplémentaire *24*

Introduction

La réduction des inégalités en matière de santé — et plus particulièrement en matière de santé cardio-vasculaire — est l'un des principaux défis qui se posent au Canada dans le domaine de la santé. L'incidence des maladies cardio-vasculaires (principale cause de décès et de maladie au Canada) et des facteurs de risque qui leur sont associés n'est pas égale dans tous les segments de la société canadienne : les Canadiens défavorisés sont plus susceptibles de souffrir de troubles cardio-vasculaires et de mourir jeunes que leurs compatriotes qui ont un niveau de vie plus élevé.

Au Canada, une initiative nationale visant à réduire les inégalités en matière de santé cardio-vasculaire a été mise sur pied dans la foulée de consultations tenues à l'échelle du pays par le Comité consultatif fédéral-provincial sur la santé communautaire. Ce comité était chargé d'examiner les grandes questions relatives à la santé cardio-vasculaire et de proposer des orientations à suivre dans l'élaboration de programmes. Les consultations suivaient la parution, en 1987, du rapport du Groupe de travail sur le contrôle et la prévention des maladies cardio-vasculaires. Soulignant la forte incidence de maladies cardio-vasculaires et la prévalence des facteurs de risque qui leur sont associés chez les groupes défavorisés (en dépit d'une baisse générale dans le taux de mortalité et de morbidité dues à des maladies cardio-vasculaires), le Groupe de travail préconisait la réduction des inégalités en matière de santé cardio-vasculaire attribuables à des différences socio-économiques et régionales.

Cet appel à l'action pour la réduction des inégalités en matière de santé cardio-vasculaire s'inscrit dans le cadre du programme national de promotion de la santé. Dans *La santé pour tous : plan d'ensemble pour la promotion de la santé* [1], document de travail du gouvernement fédéral, la réduction des inégalités en matière de santé est désignée comme étant le premier de trois grands défis de santé se posant au Canada. Le problème y est exposé en ces termes : «Dans les groupes de personnes défavorisées l'espérance de vie est beaucoup moindre, la santé plus pauvre et l'invalidité plus fréquente que chez le Canadien moyen». Le deuxième défi à relever, qui rivalise le premier, est de faire en sorte que l'on mise davantage sur la prévention. Le dernier défi est l'épanouissement des gens forcés de vivre avec une maladie chronique ou une déficience. Ces défis entraînent donc, entre autres, le besoin de multiplier les points d'appui existants dans la collectivité.

L'importance attachée aux inégalités en matière de santé transparaît aussi dans la *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé* [2], qui invite tous les intéressés à s'engager «à combler les écarts de niveau de santé dans les sociétés et à lutter contre les inégalités produites dans ce domaine par les règles et pratiques des sociétés». De plus, la *Charte* fait valoir que «les facteurs politiques, économiques, sociaux, culturels, environnementaux, comportementaux et biologiques peuvent tous intervenir en faveur ou au détriment de la santé» [3].

Des mesures doivent être conçues afin d'encourager les collectivités à s'intéresser activement aux efforts pour réduire les inégalités en matière de santé cardio-vasculaire

Les problèmes qui sont à l'origine des inégalités en matière de santé cardio-vasculaire sont à la fois complexes et fermement ancrés dans le giron des collectivités du pays. Dans la mesure où les membres de collectivités connaissent mieux que quiconque les conditions socio-environnementales qui prévalent dans leur milieu, ils doivent prendre part à l'analyse de la situation et participer à la recherche de solutions convenables. Des mesures ont donc été conçues afin d'encourager les collectivités à s'intéresser activement aux efforts déployés pour réduire les inégalités en matière de santé cardio-vasculaire. Ces mesures exigent une collaboration scrupuleuse entre les membres de la collectivité et les paliers de gouvernement, les groupes et les organismes qui œuvrent dans le secteur de la santé et à l'extérieur de celui-ci et divers spécialistes. Le présent document est consacré au processus de mobilisation communautaire qui repose sur une collaboration généralisée entre des intervenants de la collectivité et de l'extérieur de celle-ci.

La «santé cardio-vasculaire pour tous» ouvre la voie à ce que certains ont appelé «une nouvelle santé publique», qui signifie en somme «obtenir la participation effective la population elle-même» [4] et reconnaître qu'il

est capital pour les gens d'intervenir directement dans les décisions prises qui ont une incidence sur leur santé. D'abord introduite par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), cette notion de «nouvelle santé publique» constitue aujourd'hui le fond de la conception de la promotion de la santé au Canada, même si elle remet en cause bien des convictions qui ont cours sur la prestation de services de santé, les pratiques des professionnels de la santé, le rôle des membres de la collectivité et la mise au point de plans d'action visant à améliorer la santé. Elle exige une réorientation du système de soins de santé canadien afin d'admettre une définition plus générale de la santé ainsi que la volonté de collaborer de tous les particuliers et les organismes qui agissent sur la santé, tant directement qu'indirectement.

Ce document se veut une invitation lancée à tous les professionnels de la santé, aux décideurs de politiques des secteurs privé et public, et aux dirigeants civiques et aux bénévoles œuvrant au sein de nombreux organismes établis dans les collectivités pour qu'ils songent à entreprendre une action concertée visant à réduire les inégalités en matière de santé cardio-vasculaire qui existent au Canada. Pour que des progrès appréciables soient réalisés à cet égard, il faudra forger de nouvelles alliances, changer la politique publique et donner de nouvelles orientations aux programmes de santé publique. En outre, il faudra intervenir à plusieurs niveaux de la gamme de systèmes qui influent sur la santé. Afin de rendre par une image concrète où doivent se situer les interventions, il faut mettre en ordonnée, dans un plan, les groupes clés responsables de politiques et de programmes à l'échelle nationale et régionale, et en abscisse, les groupes chargés des politiques et des programmes à l'échelle communautaire. Les interventions doivent se produire à des points des deux axes.

L'auteur de ce document a voulu articuler ce qui doit être fait et par qui pour que les changements voulus se produisent. Ce document n'est en aucun cas un guide pratique sur la réduction des inégalités en matière de santé cardio-vasculaire. Plutôt, l'auteur cherche à amener le lecteur à s'interroger sur ce qu'il peut faire pour changer la situation compte tenu du rang qu'il occupe dans un système qui, même fortuitement, ne suffit qu'à renforcer les inégalités existantes en matière de santé cardio-vasculaire.

Le défi des inégalités en santé cardio-vasculaire

Les maladies cardio-vasculaires constituent la principale cause de décès et de maladie au Canada. Bien que les taux de mortalité aient décliné au cours des vingt dernières années, les maladies cardio-vasculaires n'en demeurent pas moins la principale cause de décès prématuré et de maladie chez les Canadiens âgés de 35 à 64 ans, sans compter le principal motif d'hospitalisation. Or l'incidence de maladies du cœur, et des facteurs de risque qui leur sont associés, varie dans les différents segments de la société canadienne. Les Canadiens et les Canadiennes qui sont moins bien nantis sur le plan socio-économique sont plus susceptibles de mourir de maladies cardio-vasculaires que leurs voisins qui vivent mieux. De surcroît, il existe aussi des différences régionales, l'incidence de maladies cardio-vasculaires étant nettement plus forte dans certaines régions du pays — par exemple dans les provinces de l'Atlantique.

Quoique très répandus dans l'ensemble de la population, les facteurs physiologiques qui exacerbent le risque de maladie cardio-vasculaire sont nettement prévalents chez les groupes défavorisés sur le plan socio-économique. La tension artérielle élevée, le tabagisme, la cholestérolémie, le diabète, l'obésité et l'insuffisance d'exercice physique sont d'autant d'exemples de ces facteurs. Il semble que le tabagisme, l'obésité et le manque d'exercice physique sont les facteurs les plus tributaires du rang socio-économique. En outre, l'accès à des aliments bons pour la santé peut être entravé par un manque de connaissances sur la nutrition et un revenu bas, éléments qui sont plus communs chez les groupes défavorisés sur le plan socio-économique.

En général, la mortalité et la morbidité suivent une courbe selon les segments socio-économiques, la santé des personnes défavorisées sur le plan socio-économique étant moins bonne. S'il y a lieu de se réjouir de la chute globale des taux de mortalité imputable aux maladies cardio-vasculaires et de l'endigage des comportements qui augmentent l'incidence de telles maladies, il est désolant de constater que le phénomène est moins prononcé chez les groupes moins bien nantis sur le plan socio-économique.

La «santé cardio-vasculaire pour tous» signifie tout simplement que tous devraient avoir également accès à la santé cardio-vasculaire — autrement dit, que tous les Canadiens et Canadiennes devraient bénéficier d'une chance égale d'accès à la santé cardio-vasculaire et à la préservation de cet état. Les «inégalités en matière de santé cardio-vasculaire» désignent les variantes du degré de santé cardio-vasculaire qui se retrouvent au sein de différents groupes d'une même population. Certaines inégalités en matière de santé cardio-vasculaire, quoique pas toutes, sont dues à des iniquités. Par exemple, si les membres d'une collectivité ne peuvent tous se procurer des aliments nourrissants, l'incidence de maladies cardio-vasculaires pourrait être plus forte chez certains. Si cette issue peut être changée, d'autres facteurs qui influent sur la santé cardio-vasculaire, comme les facteurs génétiques — qui sont indépendants de la capacité d'accès aux éléments qui favorisent la santé — ne peuvent être changés. Dans la mesure où la plupart des facteurs qui agissent sur la santé cardio-vasculaire n'ont rien à voir avec le système de soins de santé, la réduction des inégalités en matière de santé cardio-vasculaire ne se limite aucunement au fait d'assurer un accès égal aux services de santé.

Déterminants socio-environnementaux

La promotion de la santé cardio-vasculaire suppose que l'action prise ne s'intéresse pas tant à la maladie qu'aux facteurs qui déterminent la santé. La notion de «santé cardio-vasculaire» ne se limite donc pas à l'absence de maladies cardio-vasculaires ou des facteurs de risque physiologique qui leur sont associés. Tout comme la santé, la santé cardio-vasculaire est posée comme aspect de la vie quotidienne, et non comme la seule fin de la vie. La promotion de l'égalité en matière de santé cardio-vasculaire est donc un moyen de veiller à ce que les conditions et les ressources nécessaires à la santé soient à la disposition des gens. Selon la *Charte d'Ottawa*[5], la paix, un abri, la scolarité, de la nourriture, un revenu, un écosystème stable, des ressources renouvelables, la justice sociale et l'égalité comptent parmi ces circonstances et ressources.

> *«La situation des gens dans une organisation sociale les met à la merci de nombreux risques environnementaux qui sont fonction de la région où ils résident, de leur occupation professionnelle, de leur alimentation et d'autres circonstances qui sont peut-être largement indépendantes de leur volonté[6].»* [traduction]

Jusqu'à tout récemment, la plupart des interventions touchant les maladies cardio-vasculaires étaient concentrées sur la caractérisation des facteurs de risque physiologique et la modification des habitudes de vie individuelles. Aujourd'hui, les spécialistes de la santé attachent une importance croissante aux aspects sociaux et économiques de l'environnement qu'il y a lieu de changer. Le Groupe de travail fédéral-provincial sur le contrôle et la prévention des maladies cardio-vasculaires a fait valoir l'importance de tenir compte des facteurs socio-environnementaux dans la planification de stratégies visant à réduire l'incidence des maladies cardio-vasculaires.

> *«Bien que les risques soient, dans une large mesure, attribuables au comportement de l'individu, à l'origine, les facteurs de risque qui peuvent être modifiés sont largement déterminés par le milieu social, économique et culturel», peut-on lire dans le rapport. «D'où la nécessité de privilégier une approche qui vise avant tout la population dans son ensemble et qui tende à introduire dans le milieu des changements propres à favoriser l'adoption de comportements propices à la santé cardio-vasculaire[7].»*

Les conditions de risque sont les facteurs sociaux et environnementaux qui sont largement, voire entièrement, indépendants de la volonté des gens. C'est le cas notamment de la pauvreté, d'un niveau de scolarité bas, d'une occupation professionnelle de bas échelon, d'une occupation dangereuse ou stressante, d'une impuissance politique ou économique ou d'écarts considérables de revenus ou de pouvoir détenu. Pour changer ces circonstances qui donnent lieu à un risque, il faut entreprendre une action concertée, conjointe et intégrée qui entraînera la mise à jour de la politique d'intérêt public.

> *«Les inégalités caractéristiques des taux de décès et de déficience cumulent durant toute la vie chez les Canadiens moins bien nantis. Ceux-ci ont donc une santé moins bonne, pendant une vie plus courte[8].»* [traduction]

Généralement, quand une personne vit dans un milieu défavorisé, elle s'adapte moins facilement aux situations qui occasionnent un stress, même s'il est plus probable qu'elle se trouve dans de telles situations. En outre, elle a moins tendance à prendre part à des activités de groupe visant à améliorer ses conditions de travail ou d'existence. Ces circonstances ont pour effet d'intensifier l'impression d'isolement qu'elle ressent déjà, l'amenant à se sentir relativement impuissante et dépassée autant par sa santé que par sa vie, ce qui augmente d'autant le risque qu'elle adopte des comportements qui nuisent à sa santé.

> *«L'estime de soi et le sentiment de valeur personnelle, ou le rang hiérarchique et le pouvoir exercé, ou inversement un sentiment d'impuissance, semblent tous agir sur la santé, mais leur effet se distingue nettement de celui des facteurs de risque habituels[9].»* [traduction]

Comment un organisme de santé peut-il s'arrêter à des facteurs de risque comme la pauvreté et l'analphabétisme quand son mandat ne vise que les maladies cardio-vasculaires et qu'il ne dispose ni des moyens financiers suffisant ni des compétences professionnelles pour ce faire? C'est là que le bât blesse

dans le domaine de la santé publique : en plus de limiter considérablement la diversité des soi-disant projets de «santé cardio-vasculaire» entrepris à l'échelle locale, cet épineux problème fait échec aux efforts déployés pour agir directement sur les conditions socio-environnementales sous-jacentes qui augmentent le risque de maladie cardio-vasculaire.

Promotion de la santé et prévention des maladies

La promotion de la santé cardio-vasculaire ouvre donc une occasion rêvée de détruire le mythe persistent de la dichotomie de la prévention des maladies et de la promotion de la santé.

Selon l'OMS, la santé est «un état de bien-être physique, mental et social complet, et non simplement l'absence de maladie ou de blessure»; partant, la santé n'est pas seulement le fait de se sentir bien ou mal. Cette définition sous-entend l'existence d'un continuum de santé dont les deux pôles sont l'absence de déficience, de maladie ou de mort et un état caractérisé par un bien-être généralisé et une capacité vitale. Bien évidemment, les limites sont floues. En revanche, il est important de reconnaître que les différentes conceptions de la santé peuvent former les limites du cadre des programmes et des politiques axés sur la promotion de la santé, par opposition à ceux qui portent sur la prévention des maladies. La principale différence semble relever de la tangente prise : la prévention est une conception qui part de la maladie tandis que la promotion de la santé fait fond sur la santé (voir tableau 1, adapté de Stachtchenko et Jenicek[10]).

Généralement, une intervention est dite prophylactique si elle réduit le risque que l'individu soit victime d'une maladie ou d'un trouble. Dans ce cas, le but visé est d'abord la réduction du risque. Or la portée de la promotion de la santé est beaucoup plus vaste. Selon l'OMS, la promotion de la santé est «une stratégie pour rapprocher les gens de leurs milieux, pour harmoniser le choix individuel et la responsabilité sociale en matière de santé en vue d'une amélioration soutenue de la santé[11]» *[traduction]*. Malgré cette différence de polarisation, les principes de prévention des maladies et de promotion de la santé peuvent très bien être conciliés aux fins de planification d'interventions. La *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé* contient le passage suivant :

> *«La promotion de la santé procède de la participation effective et concrète de la communauté à la fixation des priorités, à la prise des décisions et à l'élaboration des stratégies de planification, pour atteindre un meilleur niveau de santé. La promotion de la santé puise dans les ressources humaines et physiques de la communauté pour stimuler l'indépendance de l'individu et le soutien social, et pour instaurer des systèmes souples susceptibles de renforcer la*

Tableau 1

Comparaison des modèles de promotion de la santé et de prévention des maladies [10]

Promotion de la santé	Prévention des maladies
Santé = concept positif et multidimensionnel	Santé = absence de maladie
Modèle de santé participationniste	Modèle médical
Vise la population dans son environnement complet	Vise principalement le groupe de la population qui court un fort risque
Touche une chaîne de questions de santé	Touche une pathologie en particulier
Se fonde sur des stratégies diverses et complémentaires	Se fonde sur une stratégie unique
Des méthodes axées sur l'habilitation et lafacilitation	Des recours directs et convaincants
Des mesures d'incitation offertes à la population	Des mesures directes imposées aux groupes ciblés
Les programmes visant à provoquer un changement dans l'état et dans l'environnement de la personne	Les programmes s'intéressent surtout à des particuliers et à des groupes d'individus
La participation d'organisations non professionnelles, de regroupements civiques et des gouvernements locaux, municipaux, régionaux et national est nécessaire pour atteindre l'objectif de la promotion de la santé	Des programmes de prévention relèvent de groupes professionnels spécialisés dans divers domaines liés à la santé

participation et le contrôle du public dans les questions sanitaires. Cela exige l'accès illimité et permanent aux informations sur la santé, aux possibilités de santé et à l'aide financière [12].»

La promotion de la santé est définie comme un processus «qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci». Dans la pratique, la promotion de la santé conjugue les efforts d'organisation et de sensibilisation et le soutien environnemental et économique pour appuyer les actions qui sont favorables à la santé. Outre les compétences et les connaissances dont ils ont besoin pour faire front à leurs préoccupations liées à la santé, les gens doivent aussi disposer d'un soutien organisationnel, technique et financier pour pouvoir donner suite aux décisions qu'ils ont prises. Selon Stachtchenko et Jenicek [13], les stratégies employées dans le cadre des programmes de promotion de la santé sont de portée beaucoup plus générale que celles employées pour la prévention des maladies. Elles touchent la politique, la publicité, la sensibilisation en matière de santé, la prise de position en faveur de la santé et des saines habitudes de vie, l'économie et le développement communautaire.

La promotion de la santé procure un contexte pour la planification et la mise en œuvre de programmes de santé cardio-vasculaire d'infrastructure communautaire

La nécessité de chercher plus loin que les habitudes de vie individuelles qui augmentent le risque de maladies cardio-vasculaires et d'envisager les conditions socio-environnementales qui influent sur la santé découle de cette conception de la promotion de la santé. Pour ce faire, il faut avoir recours à diverses stratégies — par exemple, il faut former des groupes qui préconisent la santé; il faut en appeler aux preneurs de décisions à différents échelons des systèmes, aux échelons où se prennent les décisions ayant une incidence sur la santé; il faut sensibiliser le public aux questions qui influent sur sa santé et son bien-être et il faut lui montrer comment s'y prendre pour les aborder.

La promotion de la santé procure un contexte pour la planification et la mise en œuvre de programmes de santé cardio-vasculaire d'infrastructure communautaire. Inversement, la santé cardio-vasculaire polarise la promotion de la santé en offrant aux collectivités un point de contact par lequel elles peuvent prendre leur santé en main.

«La santé cardio-vasculaire soulève deux défis de taille en matière de santé : améliorer la prévention et réduire les inégalités. La santé cardio-vasculaire reprend la réduction des risques et la modification des habitudes de vie comme dimensions de la promotion de la santé en les plaçant dans le contexte de la collectivité. La santé cardio-vasculaire soulève des questions capitales comme la forme physique, la nutrition et le tabagisme. La santé cardio-vasculaire est perçue par une grande proportion du public comme étant une question de santé valable et donc utile dans la mesure où elle communique au public, par un exemple concret, un sens de l'utilité pratique de la promotion de la santé. Justement à cause de son importance, la santé cardio-vasculaire a constitué un point de contact dont se sont servis plusieurs professionnels de la santé pour changer leurs méthodes et leur façon d'envisager la santé [14].» [traduction]

Certains facteurs de risque sont caractéristiques non seulement des maladies cardio-vasculaires, mais aussi d'autres maladies chroniques, comme le cancer. Ainsi, en fumant moins et en réduisant sa consommation de gras, il est possible de réduire le risque de maladie cardio-vasculaire et de cancer, en plus d'améliorer sa santé en général. Les structures communautaires, provinciales et nationale créées et l'expérience qui est le fruit d'un travail conjoint dans le domaine de la santé cardio-vasculaire peuvent ensuite devenir une plate-forme solide pour s'attaquer à d'autres problèmes de santé. Ceci peut contribuer à modifier l'orientation du système de santé de sorte qu'il privilégie dorénavant la promotion de la santé (plutôt que le traitement de la maladie) et l'intervention manifeste des membres de la collectivité dans la détermination de leur santé. En somme, dans la mesure où les programmes de santé cardio-vasculaire, lorsqu'ils sont dérivés d'un plan général de promotion de la santé, visent les objectifs plus généraux de bien-être et de santé des particuliers et des collectivités, ils ont une incidence qui ne se limite pas simplement à l'endigage des comportements qui augmentent le risque de maladies cardio-vasculaires.

Stratégies d'intervention

Il est important de reconnaître que ni les gens ni leur santé ne peuvent être envisagés en vase clos. L'un comme l'autre font partie d'ensembles complexes qui sont déterminés et par le comportement ou les habitudes de vie d'une personne, et par les circonstances socio-environnementales qui expliquent le mode de vie de chacun.

La promotion de la santé cardio-vasculaire pour tous exige donc une démarche qui présente la santé comme une responsabilité partagée entre les personnes et les systèmes qui ont une incidence sur leur santé cardio-vasculaire.

Le tableau 2, adapté de l'ouvrage de Ronald Labonte[15], compare trois méthodes visant à améliorer la santé cardio-vasculaire — la méthode médicale (dite du risque fort), la méthode comportementaliste (ou fondée sur les habitudes de vie) et la méthode socio-environnementale (ou du changement communautaire) — et rend compte du lien entre elles et les données du problème ainsi que des types d'intervention employés et de l'origine de ces interventions.

Bien que les interventions contre les facteurs de risque médicaux et comportementaux soient nécessaires, on ne peut pour autant négliger les facteurs socio-environnementaux plus généraux qui déterminent la santé cardio-vasculaire dans les collectivités. Ce passage d'une perspective essentiellement individualiste de la santé à une vision communautaire constitue le fondement même de la «nouvelle santé publique». Elle place les individus et leur santé dans un ensemble de systèmes qui sont favorables à leur bonne santé et à leur bien-être.

À qui incombe-t-il de prendre des décisions qui concernent la santé et de décider de l'orientation des changements? La méthode médicale et la méthode fondée sur les comportements risqués rejettent toutes deux la responsabilité décisionnelle première sur les spécialistes, en ce qui concerne la santé, et sur l'individu, en ce qui touche les habitudes de vie. Malheureusement, dans les cas où la personne est impuissante à changer son comportement, il peut y avoir une tendance à blâmer la victime. La méthode du changement communautaire (ou socio-environnementale) tient compte des pressions sociales qui s'exercent sur les gens. De plus, elle suppose que la santé est le produit des circonstances sociales, économiques et politiques qui prévalent dans la collectivité et souligne combien il est important que les membres de la collectivité soient ceux qui décident du meilleur moyen d'accéder à une bonne santé.

> *«La manière d'aborder la santé semble procéder d'une perspective axée sur la technologie et les soins en établissement à une perspective infléchie vers les gens dans leur collectivité*[16].» [traduction]

Tableau 2

Tableau comparatif des méthodes de promotion de la santé cardio-vasculaire [15]

	Méthode médicale	**Méthode comportementaliste**	**Méthode socio-environnementale**
Données du problème	facteurs de risque physiologiques, catégories de maladies	facteurs de risque liés au comportement (habitudes de vie malsaines)	circonstances sociales et environnementales donnant lieu à un risque
Cible	individus courant un fort risque	groupes courant un fort risque	collectivités et milieux où le risque est considérable
Méthodes d'intervention	évaluation médicale des facteurs de risque, évaluation	sensibilisation et assistance en matière de santé	changement communautaire
Origine de l'intervention	spécialistes du domaine médical, particuliers	spécialistes de la santé et particuliers	collectivité, avec appui
Résultat désiré	baisse des taux de mortalité et de morbidité dues aux maladies cardio-vasculaires	adoption de comportements sains	initiatives communautaires pour réduire les inégalités en matière de santé cardio-vasculaire; fortification du réseau de soutien social; adoption de comportements individuels plus sains
Degré de participation de la collectivité	les gens suivent les directives des professionnels de la santé	<———>	les membres de la collectivité prennent part à la prise de décisions sur la santé à la suite d'une évolution sociale, économique et politique

Nombreux sont ceux qui pensent que la méthode socio-environnementale est celle qui s'avérera la plus efficace pour réduire les inégalités en matière de santé cardio-vasculaire. Traditionnellement, les mesures de prévention des maladies cardio-vasculaires d'infrastructure communautaire visaient la classe moyenne et se limitaient à la diffusion de messages sur le bien-fondé d'adopter de saines habitudes de vie. Or, ces méthodes ne rejoignent pas les personnes moins bien nanties. L'insuffisance des moyens financiers, un niveau de scolarité et d'alphabétisme bas, le chômage ou le sous-emploi et l'isolement vont à l'encontre de ces méthodes traditionnelles de sensibilisation en matière de santé. Les obstacles qui se dressent entre ces personnes et la santé sont les plus considérables et pourtant, comparativement à leurs voisins mieux nantis, celles-ci ont moindrement accès aux moyens et aux programmes conçus pour améliorer la santé cardio-vasculaire.

La nouvelle santé publique vise le recours à un modèle intégré qui concilie les aspects des trois méthodes. Ainsi, certains programmes d'égalité en matière de santé cardio-vasculaire mettront d'abord l'accent sur la personne et sur son comportement tandis que d'autres programmes adopteront une tangente socio-environnementale. La santé cardio-vasculaire constitue une occasion unique de développer une perspective holistique de la promotion de la santé et de faire passer le changement de comportement et de milieu social, chevaux de bataille de la promotion de la santé, de la rhétorique à l'action communautaire.

> *«...nous assistons en ce moment à l'amorce d'une évolution du stage de la science biomédicale conventionnelle à un stade caractérisé par une perspective plus générale, tel un paradigme socio-écologique, qui éventuellement remplacera le paradigme biologique, idéalement en l'intégrant* [17]*.»* [traduction]

La santé : une responsabilité partagée

C'est une caractéristique de notre société que de prévoir des services spécialisés qui touchent la plupart des aspects de notre vie. C'est en effet une mesure de progrès de pouvoir consulter un spécialiste qui nous dira comment résoudre un problème. Dans certaines circonstances, le recours à un spécialiste ne relève pas vraiment d'un choix; c'est le cas, par exemple, quand une composante électronique d'une voiture tombe en panne ou lorsque nous n'arrivons pas à décrypter les règlements sur l'impôt. Le recours aux spécialistes est une caractéristique inhérente de notre culture.

Lorsqu'il s'agit de soins de santé, nous nous attendons donc à trouver des spécialistes capables de guérir la plupart de nos maux. Avec raison, nous sommes fiers de ce système, quoique l'on se rende compte de plus en plus qu'il y aurait moyen de l'améliorer en l'utilisant pour protéger la santé plutôt que pour soigner les maladies. Même s'il est intelligent de soumettre les problèmes à ceux qui sont le plus aptes à les régler, ce renoncement inné risque de créer une dépendance qui déprécie tant l'individu que la société. Dans le domaine de la santé, une forte dépendance pousse à la négligence des saines pratiques de santé, qui se solde alors par l'augmentation du coût des services de santé. Il est néanmoins possible de modifier ce phénomène culturel en changeant le partage de la responsabilité à tous les échelons, des décideurs de politique aux organismes de financement jusqu'à l'ensemble de la population.

La société doit fortifier le milieu socio-environnemental de façon à amener ses membres à choisir les options saines

D'un autre côté, il faut se dire que le démantèlement du système et la responsabilisation de la personne *n'est pas* une alternative souhaitable à la dépendance excessive sur le système de soins de santé. Outre le fait que ce système fournit de nombreux services qui rehaussent le bien-être de la société, bien des gens sont incapables, à cause des circonstances dans lesquelles ils vivent, d'adopter des pratiques bonnes pour la santé. On cherche donc plutôt à amener les particuliers à prendre davantage responsabilité de veiller à ce que leur mode de vie soit sain, en reconnaissant, bien entendu, que la mesure dans laquelle ils en sont capables varie grandement. Lorsque les particuliers et les groupes ne disposent pas des moyens d'assumer cette responsabilité, parce qu'ils sont pauvres, analphabètes, isolés sur le plan social ou au chômage, la société doit fortifier le milieu socio-environnemental de façon à amener ses membres à choisir les options saines. L'objectif visé est de fournir aux gens les moyens d'assumer la responsabilité d'une vie saine, ce qui suppose un emploi plus judicieux et intégral de toutes les ressources, y compris les ressources humaines.

La mobilisation communautaire

Modifier la perspective de tous les membres de la société de sorte qu'ils en viennent à distinguer la responsabilité pour la santé de la responsabilité pour la maladie constitue un défi de taille. Pour ce faire, il faudra que les Canadiens considèrent le système de soins de santé sous un jour complètement nouveau; de surcroît, un tel changement suppose que les intervenants clés de l'ensemble du système changent leur façon de travailler.

Le changement par la «mobilisation communautaire» s'attache à fournir aux collectivités les moyens de comprendre et de prendre en main les circonstances qui les séparent d'une bonne santé. Il exige une collaboration étroite tant verticale, soit entre les différents échelons (national, régional, local) qui décident des politiques et des programmes, qu'horizontale, touchant l'ensemble des points de prestation de services dans la collectivité.

La mobilisation communautaire fournit aux collectivités les moyens de comprendre et de prendre en main les circonstances qui les séparent d'une bonne santé

La «mobilisation communautaire» tient compte du fait que les agents du changement dans une collectivité ne sont pas nécessairement des personnes précises à des endroits précis. Les agents du changement se situent partout où sont prises et mises en œuvre des décisions qui ont une incidence sur la mesure dans laquelle les particuliers peuvent prendre en main les circonstances qui déterminent leur santé. L'agent du changement peut être autant un décideur haut placé qu'un bénévole œuvrant à l'échelle locale. Le changement (ou développement) peut se produire à différents endroits et avoir des résultats qui varient : par exemple, une coalition d'unités administratives peut travailler de concert pour améliorer l'accès de la collectivité aux ressources, ou une personne peut changer l'opinion qu'elle a d'elle-même en apprenant à surmonter les obstacles qui l'empêchent d'avoir un mode de vie sain. Le développement est une notion d'ensemble qui désigne l'amélioration de la condition humaine par l'acquisition de connaissances, et particulièrement des connaissances venant du fait d'avoir fait front à un obstacle et réussi à le surmonter.

Une perspective du changement

Lorsque l'on explore les façons d'entreprendre ce travail digne d'Hercule que constitue le changement de toute notre culture en matière de santé afin que celle-ci suscite un enthousiasme pour les saines habitudes de vie en plus de fournir les moyens de les adopter, il faut composer avec deux considérations fondamentales. L'une a pour fond la théorie de la motivation et pose que la mesure dans laquelle les gens se résolvent à changer augmente lorsque ceux-ci, d'une part, sont conscients du fait qu'un changement est nécessaire et, d'autre part, qu'ils disposent des moyens nécessaires pour y faire quelque chose. La conscience du fait qu'un changement est nécessaire ne suffit pas à elle seule à amorcer un changement.

La seconde considération s'impose moins nettement. Fondée sur la notion de collectivité, elle avance que les individus ont tendance à unir leurs forces pour résoudre des problèmes communs. La collectivité n'est pas alors définie simplement comme une entité géographique; elle suppose une affinité d'intérêts et d'activités. Ses membres vivent généralement (quoique pas systématiquement) à un endroit précis, partagent une même culture, se conforment à une certaine organisation sociale et ont une certaine conscience de leur identité en tant que groupe. Ceux qui travaillent avec une collectivité (qu'ils s'agissent des habitants d'un quartier ou d'un groupe de mères célibataires chevauchant deux comtés) doivent reconnaître tant les éléments qui font que plusieurs individus constituent une collectivité — c'est-à-dire les intérêts qu'ils ont en commun, les problèmes qu'ils doivent tous surmonter — que les points de divergence ou de tension, s'il en existe. Les collectivités, tout comme les individus qui les constituent, sont uniques et complexes. Il faut du temps et de l'attention pour apprendre à les connaître et finir par les comprendre.

Prises conjointement, ces considérations laissent supposer que la façon dont les membres de la collectivité perçoivent leur santé et font usage du système de soins de santé ne changera pas à moins

qu'ils ne soient à la fois conscients du besoin de changer et des perspectives de changement et qu'ils bénéficient de l'appui de groupes avec lesquels ils partagent certains intérêts. On peut donc en déduire qu'il est peu probable que les personnes qui n'ont qu'un accès limité aux ressources et qui ne jouissent pas d'un appui prononcé de la collectivité changeront les habitudes qui influent sur leur santé.

Les agents du changement à tous les échelons doivent convenir de ces deux conditions préalables, et essentielles au changement. Par exemple, lorsque des groupes d'une collectivité ont en commun certaines préoccupations au sujet des conditions ou des facteurs de risque liés à la santé cardio-vasculaire, l'agent du changement doit veiller à ce que les données pertinentes sur le sujet soient mises à leur disposition et à ce que les structures de soutien organisationnel soient en place. Autrement, ces citoyens risquent de n'avoir ni les connaissances ni les compétences ni les ressources matérielles qu'il faut pour opérer le changement qu'ils désirent. En somme, la clé d'un changement réussi semble être tout bonnement un mélange de volonté, de collaboration, de renseignements utiles, d'accès aux ressources matérielles et d'organisation stratégique. Quoiqu'il soit aisé de dresser la liste de ces éléments, il faut un soin et une attention considérables pour les traduire systématiquement en un changement concret.

Prenons un moment pour envisager la santé cardio-vasculaire comme motif justifiant un changement, la collectivité comme véhicule du changement, la mobilisation communautaire comme mécanisme de changement, et l'importance des alliances pour appuyer le mécanisme de changement.

La santé cardio-vasculaire comme incitation

Les maladies du cœur constituent un grave problème dont les solutions sont rares et peu évidentes. Un examen plus attentif révèle que le problème se découpe en points qui intéressent des groupes et des particuliers. Par exemple, certaines familles peuvent tenter de changer leurs habitudes alimentaires pour réduire le risque d'infarctus que court un parent. D'autres familles, dans lesquelles il y a des antécédents cardiaques, peuvent tenter d'adapter leur environnement afin d'accommoder leur besoin de loisirs et de relaxation. Il peut aussi arriver qu'un groupe de dirigeants municipaux prenne des mesures pour interdire la cigarette dans les endroits publics. Bref, la santé cardio-vasculaire est un problème qui préoccupe bien des gens, mais uniquement lorsqu'il est fragmenté en objectifs plus facilement réalisables et qui sont susceptibles d'inciter à l'action. Généralement, les mesures prises s'attacheront essentiellement à des facteurs de risque qui sont communément reconnus et que les gens perçoivent, à la lumière de leur expérience personnelle, comme posant une menace pour leur santé cardio-vasculaire. Dans la mesure où l'empressement des gens varie selon leur expérience et leurs connaissances, il est important qu'un agent du changement évalue soigneusement le bien-fondé d'une éventuelle intervention et prenne des mesures pour en assurer le succès, s'il y a lieu.

Les agents du changement qui œuvrent au sein de collectivités défavorisées sur le plan économique ne peuvent se contenter d'évaluer le potentiel d'intervention dans le cas de facteurs de risque précis, car ils doivent aussi tenir compte des circonstances socio-environnementales qui pourraient empêcher la collectivité d'arriver aux résultats voulus. Ils doivent veiller à ce que tous puissent comprendre quelles ressources sont nécessaires et voir s'il est possible de les obtenir. Lorsque les ressources nécessaires ne sont pas disponibles, il faut que tous ceux qui sont animés du désir de voir la collectivité réaliser le changement qu'elle souhaite trouvent des façons de les obtenir.

Le premier problème auquel se trouvent confrontés ceux qui préconisent l'égalité en matière de santé cardio-vasculaire est le suivant : il est peu probable que les membres de la collectivité soient d'avis qu'une forte incidence de maladies du cœur ou une forte prévalence des comportements qui augmentent le risque de maladies cardio-vasculaires constituent de graves problèmes dans leur collectivité. Vraisemblablement, ils considéreront que les conditions sociales et les facteurs environnementaux, comme le chômage ou la pauvreté, sont les problèmes auxquels ils doivent s'attaquer en premier. Et même s'ils conviennent de l'importance des comportements qui déterminent la santé, ils voudront probablement commencer par éliminer les conditions de risque avant d'envisager la modification des habitudes de vie.

L'expérience a montré que lorsque les gens commencent à composer avec les conditions de risque, ils s'ouvrent davantage à l'examen de leurs propres comportements. Plus les gens sont bien renseignés sur le problème et sur la corrélation entre les conditions socio-environnementales et la santé individuelle et collective, plus ils sont conscients de l'incidence de ces facteurs sur leur santé. Le développement individuel fait indéniablement partie du processus de changement communautaire. Les connaissances, les compétences et les attitudes que les gens assimilent constituent les éléments de départ qui entraîneront un changement de leur comportement.

Suffit-il donc de dire que la santé cardio-vasculaire est une incitation au changement. Elle constitue un point de ralliement qui permettra, à long terme, de réduire le risque socio-environnemental en affermissant le soutien social grâce à la participation aux questions qui importent à la collectivité et en encourageant l'amélioration des comportements qui déterminent la santé. Ces changements entraînent alors une baisse soutenue des taux de morbidité et de mortalité dues aux maladies cardio-vasculaires et aux autres maladies chroniques, comme le cancer.

La collectivité : véhicule du changement

Les agents du changement doivent énoncer clairement leur définition de «collectivité». Il a déjà été prouvé que le mot peut vouloir dire bien des choses. Par exemple, une collectivité peut être un groupe constitué en vertu de la loi (comme la population d'un comté), ou une coalition de nations formée à des fins économiques (comme la Communauté européenne), ou un groupe de personnes dispersées aux quatre coins de la planète qui ont une mission commune (comme une association internationale d'astrophysiciens), ou simplement un groupe de voisins très liés dans un quartier donné.

Les régimes publics d'assistance sociale (le «filet de sécurité») et les réseaux ultra développés de communication peuvent saper la notion de collectivité. Même si les régimes d'assistance publique ont l'avantage de fournir à bon nombre de citoyens une alimentation de base et un logement, ils déresponsabilisent les membres de la collectivité mieux nantis dans la mesure où ceux-ci n'ont plus à s'inquiéter de savoir si ces besoins élémentaires sont satisfaits dans leur collectivité. Quant aux moyens de communication de masse, ils ont introduit les problèmes et les préoccupations du monde entier dans tous les foyers. Ce faisant, ils ont fait naître l'impression que bon nombre de problèmes sont trop graves ou trop éloignés pour qu'une action communautaire puisse réellement changer quoi que ce soit. Malgré ces influences, il demeure un nombre incalculable de quartiers, de groupes d'intérêts et même de collectivités entières qui ont uni leurs forces pour améliorer leur situation.

Revenons à la définition de «collectivité». Trop souvent, le sens donné au mot est si vague qu'il est impossible de dégager des éléments précis qui doivent être changés. On ne dispose d'aucune indication quant aux personnes ayant une préoccupation commune ou aux problèmes précis qu'il faut aborder. Or des éléments précis sont nécessaires : il faut savoir par où le processus doit commencer, qui doit l'amorcer et quels sont les résultats escomptés.

La définition de la collectivité importe particulièrement aux agents du changement qui envisagent les inégalités en matière de santé cardio-vasculaire du point de vue de la collectivité. Les personnes qui ne disposent pas des ressources nécessaires pour atteindre un objectif commun n'habitent pas forcément toutes dans le même quartier. Par exemple, des habitants de différentes localités peuvent tous souffrir du chômage chronique; il faudra donc les aider à se rallier à la cause qu'ils partagent. Selon les circonstances, l'interprétation de ce que constitue une collectivité change.

Qu'une collectivité soit circonscrite par des limites géographiques ou par une cause commune, la mesure dans laquelle elle peut changer dépend de la mise en commun des talents respectifs de ses membres, de leur accès aux ressources, de leur enthousiasme et surtout, de leur capacité de prêter leur appui et de trouver un appui. Au fur et à mesure que la collectivité s'affirme, elle s'en remet de moins en moins à un appui professionnel, ce qui ne va pas pour autant à l'encontre de l'idée que le système de soins de santé est responsable de veiller à la santé de tous. Ce qu'il faut, c'est un partenariat réel qui préconise une participation accrue de la collectivité. Il ne s'agit pas là d'un simple rêve d'une démocratie plus pure. Il s'agit d'une occasion de trouver de nouvelles façons d'habiliter tous les membres de la société, indépendamment de leur situation sociale ou économique, pour qu'ils puissent accéder à un mode de vie qui réduit le risque de maladies cardio-vasculaires.

On dit des collectivités saines qu'elles se distinguent du fait qu'elles sont capables de régler les problèmes auxquels elles sont confrontées. Elles possèdent notamment les caractéristiques suivantes :

- il y a en leur sein des groupes communautaires qui possèdent des compétences de résolution de problèmes poussées et qui désirent se sortir d'affaire par leurs propres moyens;
- la responsabilité du processus décisionnel est largement partagée et les citoyens jouent un rôle considérable dans les affaires de la collectivité;
- les dirigeants ont une vision qui englobe l'ensemble de la collectivité et les résidants éprouvent une grande loyauté à l'égard de la collectivité;
- il y a une collaboration dynamique en ce qui concerne la définition des besoins de la collectivité et il y a la capacité d'en arriver à un consensus sur les buts et les priorités d'intervention;
- les citoyens savent comment s'y prendre pour résoudre les problèmes et se procurer des ressources;
- le gouvernement procure un soutien utile;
- des méthodes efficaces sont employées pour résoudre les conflits[18].

Le mécanisme de changement

À l'instar des individus, il est pratiquement impossible d'amener une collectivité à changer tant qu'elle n'a pas reconnu la nécessité d'un changement. Il n'existe pas de formule infaillible pour amener une collectivité à prendre conscience de la nécessité d'un changement, pas plus qu'il n'existe de méthode unique qui garantisse la réussite une fois que la collectivité a décidé d'agir. Il y a des circonstances uniques dont il faut tenir compte dans chaque collectivité, quel que soit le modèle employé. Rifkin[19] souligne que les documents sur le sujet «ne sont pas assez catégoriques pour qu'il soit possible d'en dégager la description d'un modèle universel d'intégration de la participation communautaire aux programmes de santé».

Le développement communautaire est une méthode qui peut être employée pour amorcer un changement. Le pivot de cette méthode est qu'elle place sur la collectivité la responsabilité de trouver des

solutions et de les mettre en œuvre. Dans ce modèle, l'apprentissage de la collectivité tient au fait que les citoyens doivent assimiler les faits qu'eux-mêmes ont compilés et qu'ils tiennent donc pour véridiques. L'agent du changement doit donc veiller à ce que les choses se déroulent ainsi. D'autres éléments importants du développement communautaire sont la collecte et l'analyse des faits, la prise de décisions quant à l'orientation à prendre, l'élaboration de plans, la prise de mesures et l'évaluation des résultats. En exerçant un contrôle durant tout le processus, la collectivité est à même de prendre des décisions éclairées quant à la validité des modes opératoires retenus.

En somme, le développement communautaire est un processus en vertu duquel les membres d'une collectivité s'organisent et travaillent de concert pour influencer et contrôler les décisions, les programmes et les politiques qui touchent leur bien-être en tant que collectivité. Il suppose une planification et une progression systématique vers l'atteinte de buts, fondées sur un consensus de ce que constitue une collectivité plus saine. Le développement communautaire ne limite pas l'action de la collectivité à un problème en particulier, mais permet une analyse générale des problèmes avant la prise de mesures.

La mobilisation communautaire est, pour sa part, de portée plus limitée. Elle suppose également un changement graduel qui reprend certains des éléments du développement communautaire, mais le programme se limite à un type de changement précis, par exemple, la réduction des inégalités en matière de santé cardio-vasculaire. À l'instar du développement communautaire, la mobilisation communautaire est un processus qui confère aux particuliers, aux groupes et aux collectivités les moyens de prendre les décisions qu'il faut pour pouvoir planifier le changement et mettre en œuvre les stratégies connexes. Contrairement au développement communautaire, la mobilisation communautaire admet un but restreint. Du reste, les occasions d'apprendre, d'acquérir des compétences et de prendre des décisions à la lumière de ces fondements et compétences sont tout aussi importantes dans le cas de la mobilisation communautaire que dans celui du développement communautaire, puisqu'elles permettent aux gens d'affirmer leur confiance et d'en venir à prendre en main les circonstances qui ont une incidence sur leur santé.

> *«Lorsque l'individu a l'impression de s'inscrire dans son cadre quotidien et de maîtriser celui-ci dans une certaine mesure, sa santé est probablement bonne. Une personne qui se sent opprimée et est pauvre, et qui n'a ni perspectives ni pouvoirs, sera en mauvaise santé*[20].» [traduction]

On peut lire, dans la *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé* : «Les gens ne peuvent réaliser leur potentiel de santé optimal s'ils ne prennent pas en charge les éléments qui déterminent leur état de santé[21]». Au lieu d'accabler la personne qui est incapable de changer ses habitudes de vie malsaines, le modèle de mobilisation communautaire cherche plutôt à modifier les conditions socio-environnementales qui exacerbent ces comportements risqués. Le modèle ne se limite pas aux groupes de particuliers qui adoptent certains comportements risqués; plutôt, il tend à amener *l'ensemble* de la collectivité à reconnaître les circonstances qui sont à l'origine de problèmes de santé et à trouver des façons de les changer. La reconnaissance du problème de santé par la collectivité est un des pivots du modèle de la mobilisation communautaire.

Un cadre général de soutien communautaire est nécessaire pour aborder les dossiers sociaux, économiques et politiques liés à la santé en vue d'opérer un changement social

Partenariats pour le changement

Pour éliminer les inégalités en matière de santé cardio-vasculaire, il faut apporter des changements aux nombreux systèmes qui ont une incidence sur la santé. Autrement dit, des intervenants et des organismes de différents domaines et secteurs doivent travailler conjointement, affirmant ainsi que la santé est une responsabilité partagée entre les personnes et les divers systèmes qui influencent leur santé. Des partenariats concernés par la santé cardio-vasculaire pourraient se former pour les raisons suivantes.

- Les problèmes qui se posent dans les collectivités sont complexes. Il n'y a pas une personne ou un organisme qui disposent des connaissances, du temps ou des ressources qu'il faut pour résoudre un problème quelconque.
- Un cadre général de soutien communautaire est nécessaire pour aborder les dossiers sociaux, économiques et politiques liés à la santé en vue d'opérer un changement social.
- Il suffit parfois de perspectives différentes pour présenter sous un jour nouveau un problème ancien. Les méthodes de promotion de la santé traditionnelles n'arrivent pas à atteindre les personnes désavantagées sur le plan socio-économique.
- Les organismes de financement recherchent de plus en plus les partenariats communautaires afin d'éviter le chevauchement des efforts et de rentabiliser l'emploi des ressources.
- Les entreprises qui désirent étaler leur sens de leur devoir social fournissent parfois des ressources à des

organismes établis dans la collectivité qui, bien qu'étant des intervenants légitimes dans la collectivité, ne disposent pas des ressources nécessaires pour que leur intervention soit réellement efficace.

- Les partenariats sont une source d'appui social pour les personnes qui travaillent ensemble sur des dossiers qui les préoccupent. Ils peuvent donc entraîner à la fois un changement de comportement individuel et un changement du milieu dans la collectivité.
- L'effet synergique de la formation d'un partenariat entre plusieurs organisations, qui détiennent toutes un enjeu particulier dans la question, peut compenser l'influence individuelle des membres.

Les partenariats peuvent prendre des formes diverses, allant des réseaux peu structurés aux formules de collaboration plus formelles. La forme que prend un partenariat dépend de la complexité de la mission commune de ceux qui le forment, de la force désirée des liens qui les unissent et du degré de formalité du mandat convenu.

Outre la collectivité même, divers échelons et ministères du gouvernement peuvent faire partie des partenariats, de même que des organismes non gouvernementaux de santé et d'intérêt social, des syndicats et des entreprises privées. Les principaux intervenants de ces différents secteurs peuvent être des dirigeants et des activistes civiques, des membres d'organismes de service communautaire, des dirigeants politiques locaux, des leaders religieux, des directeurs d'organismes, des professionnels de la santé, des pédagogues, des bénévoles œuvrant au sein d'organismes non gouvernementaux de santé et d'intérêt social, des dirigeants syndicaux et d'entreprises, et des représentants de groupes d'intérêt particuliers et d'alliances. La liste des partenaires éventuels est aussi vaste et unique que l'est la collectivité. L'important, c'est de repérer les organismes et les particuliers qui peuvent influencer le plus la question, tant directement qu'indirectement. Lorsqu'il s'agit de choisir les organismes qui seront appelés à jouer un rôle, il faut tenir compte des éléments suivants :

- les valeurs et les idéaux de l'organisme au sujet du problème en cause;
- la mesure dans laquelle on désire que des points de vue divergents soient représentés, afin d'encourager un dialogue ouvert et une meilleure compréhension des données du problème et des recours possibles;
- la mesure dans laquelle la collectivité dans son ensemble est représentée;
- la mesure dans laquelle ceux qui sont directement concernés par le problème sont représentés;
- l'inclusion d'organismes qui, de par leur situation, sont en mesure d'influer sur le processus de changement ou qui risqueraient de l'entraver s'ils étaient exclus;
- la mesure dans laquelle l'organisme est directement intéressé par le problème;
- l'enthousiasme et la volonté d'aller de l'avant des personnes qui représenteraient l'organisme au sein du partenariat.

Le partenariat a des fonctions diverses, y compris la planification de programmes, l'obtention et l'affectation des ressources, le gain de la faveur des dirigeants politiques à l'endroit du changement, et la formation d'alliances. Toutefois, avant de vaquer à ces activités, les partenaires doivent avoir une vision commune et claire du problème. Non seulement les problèmes liés aux inégalités en matière de santé cardio-vasculaire sont-ils multifactoriels, mais ils peuvent parfois être très mal définis dès le début. Le fait d'en arriver à un entendement et à un énoncé communs du problème suppose déjà une évolution qui fortifie et consolide le partenariat. Pour pouvoir bien cerner le problème, les partenaires doivent être prêts à mettre en commun l'information dont ils disposent, à se respecter mutuellement et à se faire confiance. Le tableau 3, tiré de Habana-Hafner, Reed & Associates[22], illustre comment un problème abordé par un partenariat passe d'un état d'ambiguïté générale à une définition plus précise.

Vu la multiplicité des partenaires, il faut s'attendre que leurs opinions sur ce qui doit être fait et sur comment s'y prendre soient partagées. Outre la diversité des croyances professionnelles et des intérêts individuels que l'on retrouve au sein de ces groupes, il y aura également, selon toute vraisemblance, des différences fondamentales de valeurs. D'aucuns seront partisans d'une méthode de changement infléchie vers la personne et le comportement, tandis que d'autres préféreront mettre l'accent sur le cadre plus vaste qui sert d'arrière-plan au comportement. Il est naïf de penser que tous souscriront à la même conception de la promotion de la santé. La promotion de la santé cardio-vasculaire exige une conception intégrée de la promotion de la santé. La conception d'une perspective intégrée de la promotion de la santé est un processus évolutif qui ne peut se produire sans un apport délibéré de temps et d'effort.

Les programmes provinciaux de santé cardio-vasculaire en voie d'être élaborés sous les auspices de l'Initiative (fédérale-provinciale) canadienne en santé cardio-vasculaire constituent autant d'exemples probants de partenariats de promotion de la santé cardio-vasculaire. Dans toutes les provinces canadiennes, des partenariats de lutte contre les inégalités en matière de santé cardio-vasculaire ont formé des unités de collaboration verticale par la création de comités de coordination de la santé cardio-vasculaire. Les cellules provinciales de la Fondation des maladies du cœur jouent un rôle important au sein de ces comités. De tels exemples se retrouvent également aux États-Unis, tels le projet de santé cardio-vasculaire de Pawtucket, effort conjoint de l'université Brown et du ministère de la Santé de l'État du Rhode Island, le programme de santé cardio-vasculaire du Minnesota mis en œuvre par la faculté de santé publique de l'université du Minnesota

qui, par le biais d'un conseil consultatif communautaire, a consacré neuf ans à l'élaboration de ce projet de recherche et de démonstration, et le programme d'amélioration de la santé du comté de Pennsylvanie, auquel ont participé l'université de l'État de la Pennsylvanie, le ministère de la Santé de l'État et un hôpital de la région. Il est intéressant de constater que ces exemples d'arrangements de collaboration verticale font tous intervenir des configurations différentes d'organisations. En général, plus le partenariat est diversifié, plus le fonds de ressources aux fins de mobilisation communautaire est fort.

Que les partenariats soient verticaux, c'est-à-dire qu'ils regroupent des organisations de l'extérieur de la collectivité, ou horizontaux, c'est-à-dire incluant des groupes de la collectivité, leur existence est cruciale à la mobilisation communautaire. Les forces qu'ils polarisent constituent d'importantes sources de pouvoir. Sans leur appui, la collectivité n'acceptera pas facilement qu'il est possible de modifier les facteurs de risque. L'existence de tels partenariats témoigne d'un changement dans la façon dont les organismes directement intéressés par la question conçoivent la santé.

Une alliance ou un partenariat local exerce au moins trois fonctions importantes : elle constitue une tribune pour mettre à l'épreuve les limites de la collectivité; elle est une source de données (au sujet des conditions de risque présentes dans la collectivité qui exacerbent les inégalités en matière de santé cardio-vasculaire, des services sociaux et de santé offerts dans la collectivité et de l'organisation du pouvoir dans la collectivité); et enfin, elle se trouve à constituer un point d'accès idéal à la collectivité. Ainsi, dans une collectivité de la Nouvelle-Écosse, l'alliance locale a fourni de judicieux conseils sur certaines caractéristiques communautaires : elle a affirmé qu'il ne fallait pas cibler directement les gens à faible revenu; plutôt, elle est parti du principe qu'il fallait aborder la question des inégalités indirectement, éliminant ainsi le risque d'isoler encore plus un groupe déjà marginal de la collectivité.

Quand il s'agit des inégalités en matière de santé cardio-vasculaire, un partenariat d'organisations de l'extérieur de la collectivité réunit les principaux intervenants du système de santé, qu'ils se situent à l'échelon national, régional ou local. De nombreux programmes et intervenants sont en jeu — hôpitaux, médecins et spécialistes, experts en nutrition, infirmières d'hygiène publique, programmes universitaires d'éducation permanente, thérapeutes divers et une foule d'associations bénévoles œuvrant dans des domaines liés à la santé, entre autres. Comme on peut s'y attendre, il n'est pas exclu que les organismes représentés par ces praticiens tentent d'empêcher toute intervention dans l'exercice de leurs fonctions professionnelles. Tout changement revendiqué de la façon dont les services sont fournis est susceptible de soulever une réaction chez les éléments concernés; au mieux, cette réaction sera prudente, au pire, elle sera franchement hostile. Weiss[23] commente en ces termes cet appel à une collaboration plus étroite entre les groupes de différents professionnels : «il est dans le meilleur intérêt du public et de l'organisme prestataire de services, mais il menace indirectement l'expertise professionnelle dans chaque spécialité». *[traduction]*

Tableau 3

Clarification des problèmes lorsqu'ils sont abordés par des partenariats [22]

Préparation	Négociation et clarification du problème	Choix d'une orientation, mise en confiance, habilitation	Structure et fonctionnement	Évaluation
Une situation existant dans la collectivité est cernée...le «problème»	Les différences entre les organismes susceptibles de faire partie du partenariat se manifestent	Des ententes sont conclues	Le problème est attaqué	L'incidence sur le problème est évaluée

Le problème est général et vague ⟷ **Le problème est précis et clair**

Quelqu'un a l'impression qu'un problème existe	Plusieurs représentants d'organismes discutent de leur perception du problème	Des objectifs sont cernés qui facilitent la caractérisation du problème	Des activités et des projets donnent les détails précis du problème	Des activités et des projets sont passés en revue en tant qu' qu' éventuelles solutions réalisables au problème

Dans le cas de la santé cardio-vasculaire, le mouvement pour la mobilisation communautaire sera amorcé, selon toute vraisemblance, par un organe décisionnaire central — à savoir le gouvernement fédéral ou provincial. Un partenariat entre les groupes d'intérêt de ces échelons et la collectivité sera donc utile pour trouver des façons de mettre en œuvre les politiques à l'échelle locale. Au Cap-Breton par exemple, une initiative fédérale-provinciale fondée sur des données empiriques sur la forte incidence des facteurs de risque de maladies cardio-vasculaires a abouti à la prise d'une action communautaire en matière de santé cardio-vasculaire. Dans les trois années qui ont suivi, un partenariat a été formé pour mettre en branle, progressivement, le processus de mobilisation communautaire. Les membres du partenariat apportent différentes ressources à la collectivité, dont l'accès au financement, aux experts et aux dirigeants politiques et aux ressources matérielles. Le pilier du processus est l'élaboration d'un plan d'action qui repose sur les données avancées par la collectivité et qui est appuyé par les «dirigeants» clés de la collectivité. Dans un partenariat, les liens qui unissent les intervenants se resserrent chaque fois que ceux-ci franchissent ensemble un obstacle dans la planification du projet. Même si certains intervenants sont séparés par des distances considérables et souvent ne peuvent se consulter que par le biais de conférences téléphoniques, l'attention soutenue qu'ils portent à l'avancement du projet et à la solidité du partenariat est l'effet d'un effort à la fois réfléchi et conscient.

Les quatre étapes

La mobilisation communautaire dont il est question dans ce document se découpe en quatre étapes principales, chacune d'elle étant divisée en une série de tâches. Ces étapes sont l'introduction dans la collectivité, la détermination des mécanismes du changement, l'activation du processus de changement et la mise en œuvre des plans d'action. La description qui suit est fournie dans le but de servir de lignes directrices générales à l'intention des professionnels de la santé qui désirent promouvoir la responsabilité communautaire en matière de santé cardio-vasculaire en modifiant les politiques et les pratiques en vigueur à l'échelle locale. L'accent est mis sur le problème des inégalités en matière de santé cardio-vasculaire.

D'après les documents sur le sujet, la mobilisation et le développement communautaires présentent de nombreuses façons prometteuses d'amorcer un changement, chacune d'entre elles supposant des activités précises qui se sont déjà avérées efficaces. Il incombe à l'agent du changement communautaire de passer en revue ces méthodes et de choisir celle la plus susceptible de réussir compte tenu des circonstances locales. La mise à l'essai systématique des méthodes jusqu'à ce que l'on trouve la bonne donnera probablement de meilleurs résultats que la reprise d'une même méthode.

L'étape un : l'introduction dans la collectivité

Dans le cas de la santé cardio-vasculaire, étant donné la priorité accordée à l'échelle nationale à la réduction des inégalités en matière de santé cardio-vasculaire, l'initiative viendra sans doute de l'extérieur de la collectivité. L'introduction des agents du changement dans la collectivité sera vraisemblablement le résultat d'une action gouvernementale. Le problème qu'ils auront à surmonter, c'est que le processus de mobilisation communautaire préconise la *participation locale* et l'instauration d'une *direction communautaire* pour atteindre les objectifs fixés par la *collectivité*. Leur première tâche consiste donc à gagner l'appui de la collectivité. Le degré d'appui qui leur sera accordé par la collectivité dépendra de la clarté avec laquelle ils exposeront leurs intentions. Les agents du changement devront donc exposer clairement, à l'aide de différents médias, ce qu'est leur objectif, quel est le processus qui sera suivi et ce qui peut être attendu de la mobilisation communautaire dans le domaine de la santé cardio-vasculaire. L'introduction dans la collectivité est un processus systématique par lequel une démarche proposée finit par être bien comprise et acceptée par la population locale.

Parce que la décision d'inclure une collectivité dans la formulation et la mise en œuvre de son action

en matière de santé cardio-vasculaire est généralement prise à un niveau décisionnaire éloigné de la collectivité, il devra y avoir des négociations entre l'agent du changement et la collectivité quant aux rôles de chacun et au processus. Quoique l'inégalité en matière de santé cardio-vasculaire soit reconnue à l'échelle nationale en tant que problème qui a ses origines à l'échelon communautaire, il est peu vraisemblable qu'elle soit considérée à l'échelle locale comme un problème dont il faut s'occuper immédiatement. Souligner l'urgence d'une intervention aux yeux de la collectivité se résume en somme à acheminer le message des échelons supérieurs aux échelons inférieurs. Dans le cas de la santé cardio-vasculaire, des mesures ont été prises à l'échelle nationale pour faire ressortir les facteurs et les conditions qui augmentent le risque de maladies cardio-vasculaires. Parce que ces données n'ont pas encore atteint l'échelon communautaire, il y a un large fossé entre la prise d'une décision de politique et la mise en œuvre de cette décision à l'échelle locale. Entre les deux se trouve toute une série d'intervenants clés qui comprennent les conséquences de la politique et qui désirent mobiliser les forces de la collectivité pour amener celle-ci à changer sa façon d'aborder la question de la santé cardio-vasculaire. L'introduction dans la collectivité consiste donc à aligner l'action communautaire sur la politique avancée.

L'agent du changement peut combler le fossé qui sépare l'idée avancée de la collectivité ciblée en introduisant adroitement l'idée de changement dans les préoccupations déjà manifestées dans la collectivité, en particulier celles susceptibles d'entraîner une action concertée. Puisqu'il n'y aura pas de changement durable à moins que les membres de la collectivité acceptent cette idée, il importe énormément qu'ils en saisissent la pertinence. Si l'idée du changement vient «d'en haut» plutôt que de la collectivité, certains spécialistes du changement communautaire risquent de s'inquiéter. En revanche, toute polémique sur le bien-fondé d'adopter des idées de l'extérieur perd de son importance puisque au bout du compte, la collectivité n'accepte que les idées qu'elle perçoit comme pouvant lui être éventuellement bénéfiques.

Toute décision des responsables d'un programme provincial de santé cardio-vasculaire d'utiliser une approche de mobilisation communautaire doit d'abord être sanctionnée par les autorités du comté avant d'atteindre l'échelon communautaire. Tel étant le cas, l'agent du changement doit donc connaître à fond la structure et le partage du pouvoir à l'échelon décisionnaire et dans la collectivité ciblée, puisqu'il y aura tout au long du processus des «gardiens» qui n'hésiteront pas à se manifester et à faire valoir leurs intérêts particuliers. L'introduction dans la collectivité ne se résume donc pas simplement à se renseigner sur la collectivité. Il faut aussi connaître les autorités, les organismes et les programmes qui s'interposent entre la prise d'une décision de politique et la mise à exécution de celle-ci dans la collectivité.

À cet égard, l'agent du changement a deux fonctions à remplir :

- juger de la mesure dans laquelle les dirigeants clés appuient l'idée que les citoyens trouvent eux-mêmes des solutions et les mettent en œuvre. Il est inutile d'aller de l'avant si le système recèle d'éventuels écueils. À titre d'exemple, la mobilisation communautaire peut constituer une menace pour les professionnels qui ont des spécialités à protéger, pour les bureaucrates qui ont des mandats à conserver ou pour les dirigeants qui ont des pouvoirs décisionnels à défendre.
- trouver des collectivités ayant déjà adopté une façon comparable d'aborder un changement. Les principaux repères sont les suivants : la collectivité a reconnu qu'il existait un problème devant être résolu, la collectivité a choisi les solutions employées, et l'ensemble du processus — de la définition du problème à la mise en œuvre des solutions — a constitué un apprentissage pour les membres de la collectivité. Il pourrait s'agir, par exemple, d'une initiative communautaire ayant abouti à la mise sur pied d'un programme de distribution de petits déjeuners ou à la création d'un réseau de transport fiable pour les habitants de régions éloignées. Ces exemples illustrent également les avantages, du point de vue instructif, que retirent du processus les citoyens qui ont reconnu l'existence d'un problème, ont pris des mesures en conséquence et ont réussi à améliorer la situation.

Pour que les citoyens puissent prendre en main les circonstances qui agissent sur leur santé, il faut qu'ils aient accès aux ressources pour ce faire et soient à même de les exploiter

L'étape deux : la détermination des mécanismes de changement

Dans la mesure où le but de la mobilisation communautaire est d'aider les citoyens et les collectivités à prendre en main les circonstances qui agissent sur leur santé, il faut que ceux-ci aient accès aux ressources pour ce faire et soient à même de les exploiter. Dans certaines collectivités, les ressources sont abondantes et la population est largement en mesure d'en tirer parti. En revanche, dans d'autres collectivités, les ressources et la capacité de la population de s'en servir sont limitées. Les agents du changement et les organismes qui les

appuient doivent accorder une attention particulière à ce phénomène et l'envisager sous (au moins) quatre aspects : l'origine de la politique, les recoupements entre les programmes des organismes de services concernés, le point d'intervention des organismes locaux et le moment où les membres de la collectivité ciblée décident de leur rôle.

Manifestement, la mobilisation communautaire exige que la politique régissant le programme soit souple. En revanche, parce que les ressources et les capacités locales varient, les plans, coûts et résultats peuvent s'avérer difficiles à prévoir, ce qui est particulièrement éprouvant pour les organismes dont les obligations de rendre compte en matière d'administration de programmes sont très strictes. De façon générale, lorsqu'un programme est établi en vertu d'une politique gouvernementale, il est assorti de mesures prévenant l'emploi à mauvais escient de fonds publics : des structures réglementaires, des conditions de financement clairement posées et une structure hiérarchique rigoureuse. Une des difficultés inhérentes de l'approche qui mise sur la mobilisation communautaire consiste à trouver des moyens de maintenir l'obligation de rendre compte tout en conservant assez de souplesse pour obtenir un appui local ferme à l'égard des activités entreprises dans le cadre du programme.

Alors qu'une organisation arrivera à trouver la mesure de souplesse nécessaire dans ses programmes, d'autres ne suivront pas forcément son exemple. Les mandats et les programmes de nombreux organismes ont trait à l'inégalité en matière de santé cardio-vasculaire. Ces organismes doivent être prêts à modifier leurs modes de prestation de services de santé pour que la collectivité puisse profiter de nombreux types de ressources alors qu'elle tente de changer les circonstances qui agissent sur la santé cardio-vasculaire des gens qui la constituent. C'est pour cette raison qu'il est si important de forger des partenariats entre les organismes concernés. Nombre de groupes d'intérêt se trouvent confrontés aux mêmes problèmes épineux — par exemple, la résistance inévitable qui se manifeste lorsqu'on tente de convaincre les spécialistes de changer leurs méthodes de travail. Grâce aux échanges que permet le partenariat lorsque chaque groupe tient à l'intégrité de son rôle, les groupes finissent généralement par s'entendre sur la fusion des services professionnels, compte tenu de l'objectif commun d'adopter une approche intégrée et progressive à l'égard du changement. Le processus est cependant lent. Comme on l'a mentionné précédemment, à l'échelon local, une collaboration comparable doit exister entre les organismes prestataires de services qui influent sur l'égalité en matière de santé cardio-vasculaire. Tous les organismes qui interviennent directement auprès de la collectivité peuvent éventuellement jouer un rôle dans le «démarrage» du processus de développement, et pourraient fort bien être membres du comité directeur du projet.

Le succès à l'échelon décisionnaire central, à celui de l'organisme régional et à celui de l'association locale contribue à raffermir le sentiment de propriété de la collectivité à l'égard du projet. La collectivité peut alors décider de l'orientation qu'elle souhaite, compte tenu des paramètres généraux du programme. L'évolution et les caractéristiques de la collectivité détermineront la forme ultime et la nature des activités de l'organisme. Il s'agit là d'une exigence née du développement, qui ne signifie pas que les organismes perdront droit de regard sur leur mission. Au contraire, la collaboration peut même les aider à atteindre leurs objectifs respectifs.

La détermination des mécanismes du changement suppose plusieurs tâches, notamment :

- *Prévoir des mécanismes souples pour mesurer l'efficacité des programmes à l'échelon décisionnaire.* Ces mécanismes doivent permettre aux collectivités de choisir les activités qui conviennent le mieux à leur situation particulière (par exemple, lorsque le palier communautaire décide de déployer des efforts pour augmenter ses revenus, cette décision peut être aussi valable que celle d'instaurer un programme de nutrition).
- *Négocier avec les organismes dont les buts et les programmes ont une incidence sur la situation socio-environnementale de la collectivité.* À cet égard, il est utile d'établir un partenariat d'organismes aux fins de coparrainage de programmes ainsi qu'un mécanisme de collaboration destiné à stimuler le développement conjoint à l'échelle communautaire.
- *Aider la collectivité à trouver la structure d'organisation qu'il lui faut pour mettre à exécution ses décisions et modérer l'ensemble du processus.* Des négociations entre la collectivité et l'organisme à l'origine du programme s'imposeront. Cet organisme, du moins au début, sera plus représentatif des intérêts de «l'extérieur» que de ceux de l'intérieur. Il faut aussi tenir compte du fait que les collectivités plus pauvres n'ont qu'un accès limité aux ressources, ce qui pose un problème dans la mesure où l'objectif visé est la mobilisation communautaire. Un appui communautaire insuffisant entraîne forcément la nécessité de chercher des ressources à l'extérieur de la collectivité, mais toute aide extérieure est forcément assortie de mesures de contrôle. Les renseignements sur le sujet abondent dans le sens de l'affirmation de Hunter et Staggebborg[24] : «plus le financement extérieur est faible, plus la mesure de contrôle exercé sur les activités organisées à l'échelle locale l'est aussi; plus le financement extérieur est important, plus la mesure de contrôle exercé est forte» *[traduction]*.
- *Assurer la formation des membres du groupe de démarrage local et, plus tard, de ceux qui décident des politiques de l'organisation locale et les administrent.* Il est important que les buts et les plans soient clairs et que les compétences nécessaires pour arriver aux fins voulues existent.

L'étape trois : l'activation du processus de changement

Idéalement, la mobilisation communautaire réussit à opérer une transformation qui améliore la capacité de la collectivité de modifier les circonstances qui agissent sur le bien-être de ses membres. Comme on l'a déjà signalé, le besoin de réagir aux facteurs qui déterminent la santé cardio-vasculaire, ainsi que le pouvoir d'agir, peuvent suffire à amorcer une action communautaire. Il faut faire preuve de circonspection pour mettre de l'avant des politiques visant à aider les citoyens à prendre des mesures pour résoudre les problèmes les plus urgents auxquels ils sont confrontés. La mobilisation communautaire vise à inciter les personnes et les organismes œuvrant dans des secteurs connexes de la collectivité à former des partenariats pour veiller à *leurs* intérêts et permettre à la collectivité de prendre en main *ses* intérêts. Grâce au processus de mobilisation, la collectivité peut atteindre les buts qui servent ses intérêts et, en fin de compte, ceux de l'ensemble de la société.

La plupart des professionnels du domaine des services sociaux ne souscrivent pas au principe de la mobilisation communautaire. Dans sa polémique sur le contenu par rapport au symbole dans la réforme administrative, Weiss[25] mentionne certaines des raisons qui poussent ces professionnels à s'opposer aux mesures d'intégration et de coordination des services. L'auteur, affirmant que les prestataires de services sont les plus touchés par une réforme systémique intégrale, pose qu'en raison de leur formation et de leur expérience, ceux-ci se perçoivent comme garants de la qualité de la gestion et de la prestation de services, de sorte qu'ils considèrent comme suspects les changements que veulent leur imposer des gens qui n'ont pas une expérience comparable à la leur.

Le besoin d'harmoniser les services n'est pas le seul facteur qui éveille la réticence des professionnels. Ceux-ci perçoivent souvent le développement communautaire et, partant la mobilisation communautaire, comme des méthodes non interventionnistes qui se fondent surtout sur de vagues sentiments émanant de la collectivité quant à l'orientation à suivre. Bien qu'elle soit sans fondement, cette croyance renforce sans doute la méfiance instinctive des professionnels à l'égard de la mobilisation communautaire.

Deux caractéristiques de la mobilisation communautaire semblent contradictoires : il s'agit, d'une part, de l'importance qu'elle attache à la résolution de la collectivité contre la dépendance de celle-ci sur une aide extérieure considérable et, d'autre part, de la responsabilité qu'elle place sur la collectivité de décider des mesures à prendre contre sa structure rigoureuse de planification et d'organisation obligatoires. La contradiction s'estompe lorsqu'on comprend que l'effet conjugué d'une dépendance apprise et de l'insuffisance des ressources a rendu certaines collectivités plus ou moins incapables de décider de la façon d'améliorer leur situation. Il leur faut faire appel à une aide extérieure et établir un processus systématique pour réduire cette dépendance et parvenir à l'auto-détermination collective. En faisant repasser le contrôle de la verticale (l'extérieur) à l'horizontale (la collectivité), la mobilisation communautaire permet d'améliorer l'efficacité des programmes communautaires.

L'effet conjugué d'une dépendance apprise et de l'insuffisance des ressources a rendu certaines collectivités plus ou moins incapables de décider de la façon d'améliorer leur situation

Pour multiplier les occasions d'intervention locale, il faut composer avec les structures en place. Selon toute vraisemblance, il y aura déjà dans les collectivités des organismes clés qui s'intéressent aux facteurs de santé cardio-vasculaire qui importent à la collectivité. La création d'une coalition permet à ces groupes d'amorcer un changement fondé sur la mobilisation communautaire. Une fois qu'un comité directeur est constitué et actif, l'exécution des tâches décrites ci-après stimulera l'avènement du changement.

- *Cerner le but de l'initiative.* On peut supposer qu'aucune collectivité ne mettra en branle un processus de changement à moins que ses membres n'aient une préoccupation commune quelconque. Sauf que la nature même de cette préoccupation peut être imprécise. Par exemple, les gens peuvent avoir des inquiétudes différentes toutes causées par le coût élevé des aliments nourrissants. Il incombe donc à l'agent du changement d'aider la collectivité à dégager le problème et à l'exposer afin que tous le comprennent de la même façon.
- *Créer une structure formelle pour aborder le problème.* Une fois que tous ont bien saisi les principales données du problème, il faut créer une structure formelle pour étayer le processus de recherche, de planification et de mise en œuvre. L'objectif de cette démarche est de donner à la collectivité toutes les chances de saisir l'ampleur de la tâche qu'elle s'est donnée et d'envisager ce qu'elle peut faire pour surmonter les obstacles qui se présentent. Pour mettre au point des plans et des mesures pour surmonter les obstacles (qui sont souvent ancrés dans les modes de fonctionnement traditionnels), il faut du temps, de l'inspiration et une direction

éclairée. Idéalement, l'organisation responsable du changement pourra embaucher au moins un employé salarié à plein temps pour prendre l'initiative du processus.

• *S'astreindre à un programme rigoureux de collecte de données.* L'information est un pouvoir dans une collectivité qui veut changer. Pourtant, il est parfois difficile de trouver et de diffuser de l'information dans les collectivités où les revenus sont modestes et où le niveau de scolarité est bas. Il n'en reste pas moins que l'on peut aider les habitants de telles collectivités à recueillir, à analyser et à présenter des données pour faire état de la nécessité d'un changement. Justement, l'aide fournie aux citoyens à ces égards constitue en soi une expérience d'apprentissage; en tant que tel, ce processus peut constituer un puissant mécanisme de changement.

• *Créer des groupes de travail.* Alors que la collectivité assimile les données recueillies en son sein et que l'organisme précise le plan de changement, on peut former des groupes de travail qui s'occuperont de divers sous-projets. Par exemple, dans le cadre d'un projet destiné à rendre plus accessibles les aliments sains à un prix abordable, on pourrait envisager la possibilité de faire coïncider les «aubaines» dans les supermarchés avec les dates du versement des prestations d'aide sociale. Un groupe de travail pourrait donc être chargé de recueillir le point de vue des détaillants en alimentation sur la façon d'améliorer l'accès de la population à des aliments plus sains. Les groupes de travail jouent un rôle capital dans le processus de développement. Le travail qu'ils font est très exigeant sur le plan technique et influe directement sur le succès du projet dans son ensemble. À ce titre, ce travail constitue une excellente occasion de parfaire les compétences en planification, en gestion et en communication qui existent dans la collectivité.

L'étape quatre : la mise en œuvre des plans d'action

Le moyen le plus sûr de perpétuer les actes posés est de disposer d'un plan bien assimilé que la collectivité appuie fermement. Le plan rend compte de l'orientation à suivre, constitue le point de liaison des échanges et fait office de barème pour mesurer les succès et les échecs. Dans une démarche de mobilisation communautaire, le plan repose sur la participation qui suppose un contrôle et un engagement communautaires plus poussés que dans le cas d'un processus de consultation. La participation suppose négociation et compromis, tandis que la consultation dépasse rarement l'échange de vues qui peuvent très bien ne pas être reprises dans le plan éventuel.

D'aucuns affirment que la planification est un luxe que seuls peuvent se permettre ceux qui disposent de ressources abondantes et assurées. Pour les membres des classes socio-économiques inférieures, où les facteurs de risque abondent, la planification est un processus lent et délibéré qui suppose un apprentissage complet doublé de l'assurance d'un appui ferme. En revanche, les gens qui se trouvent dans des circonstances risquées ne sont pas livrés à eux-mêmes pour la planification. Ils peuvent compter sur le concours d'organismes et d'organisations dont les services se transformeront en ressources après que le plan aura été formulé. Le plan devient alors le pivot de l'action communautaire. Il marque le point de départ d'une évolution dynamique que Rifkin décrit en ces termes :

> *«La participation communautaire semble être un processus dynamique en évolution constante... les planificateurs devraient considérer la participation de la collectivité comme une démarche dynamique et non statique, qui devrait conserver sa souplesse puisque les gens et les objectifs changent*[26].» [traduction]

Le plan d'action indique ce qui doit être fait, par qui et quand, en plus d'identifier des indicateurs de succès. Pour mettre un plan à exécution, il faut :

• *Veiller à ce que l'ensemble de la collectivité ait connaissance du plan.* Même s'il est probablement irréaliste de s'attendre que tous les membres de la collectivité participent à la formulation du plan, il n'en demeure pas moins que tous devraient en connaître les objectifs et les moyens envisagés pour les atteindre. Le processus de changement n'en est alors que plus largement appuyé. Aussi, si la population s'identifie aux efforts déployés, si elle tire une certaine satisfaction des résultats obtenus (lorsqu'ils se concrétisent), la fierté communautaire s'en trouve rehaussée.

• *Décider de la façon de réunir les ressources nécessaires pour atteindre les différents objectifs énoncés dans le plan.* À ce stade, on réunit toutes les ressources possibles pour appuyer l'action communautaire, ce qui comprend les organismes prestataires de services, les médias, les intervenants influents de l'extérieur de la collectivité et des amis de tous les milieux.

• *Faire connaître les réalisations.* Dans la mesure où l'initiative est venue de l'échelon politique, éloigné de la collectivité, et que différents organismes y ont collaboré dans l'intervalle, il convient donc de rendre compte des réalisations pour souligner les efforts des décideurs, des partenariats et des comités directeurs, sans compter que les bonnes nouvelles enflamment l'enthousiasme dans la collectivité.

La formation et les systèmes techniques

D'assimiler ce qui doit être fait pour améliorer la santé cardio-vasculaire par la mobilisation communautaire constitue déjà un défi de taille, non seulement en raison de la diversité des groupes en cause, mais aussi en raison de la gamme des troubles cardiaques dont il faut venir à bout. Outre ces difficultés, il y a le besoin d'acquérir des compétences diverses (ou de veiller à ce qu'elles soient acquises) pour que la réduction des inégalités en matière de santé cardio-vasculaire par le biais de la mobilisation communautaire réussisse. Le fossé entre la compréhension intellectuelle de ce qui doit être fait et le fait d'être en mesure d'opérer un changement peut être comparé à l'écart entre l'acquisition de connaissances par l'éducation et la maîtrise d'habiletés que procure la formation pratique. L'une et l'autre exigent des méthodes pédagogiques distinctes. L'éducation relève du domaine cognitif et fait intervenir la sensibilisation, la compréhension, l'application, l'évaluation et la synthèse. La formation pratique va un peu plus loin : elle suppose un processus psychomoteur et une période d'apprentissage pour que les aptitudes visées soient maîtrisées.

L'éducation et la formation doivent constituer un élément capital de toute initiative de mobilisation communautaire entreprise dans le domaine de la santé cardio-vasculaire : elles doivent être imparties à ceux qui édifient les nouvelles structures organisationnelles (p. ex., dans les partenariats sur les plans horizontal et vertical), à ceux qui participent à la conception de moyens et de systèmes de soutien pour mobiliser la collectivité, et à ceux qui doivent être bien versés dans les questions de santé, les politiques et les programmes.

L'examen des étapes et des tâches liées au processus de changement par la mobilisation communautaire qui a été fait auparavant a fait ressortir les domaines dans lesquels des initiatives d'éducation et de formation pourraient s'avérer nécessaires. Par exemple, une des tâches devant survenir à l'étape de *l'introduction dans la collectivité* est de juger de la mesure dans laquelle les dirigeants clés appuient l'idée que les citoyens doivent trouver eux-mêmes des solutions et les mettre en œuvre. Avant de déployer des efforts de formation, il faut décider qui doit se charger de recueillir l'information nécessaire, auprès de qui, dans quelles circonstances, et jusqu'à quel degré. Les réponses à ces questions influent tant sur le processus (qu'il soit formel ou informel) que sur le contenu des activités de formation.

À l'étape du *changement communautaire*, il faut négocier avec les organismes dont les buts et les programmes ont une incidence sur la situation socio-environnementale de la collectivité. Comme dans l'exemple précédent, les questions devant être abordées avant d'entreprendre les activités de formation sont capitales parce que la nature et la portée de ces activités dépendent des réponses données aux questions. Dans ce cas-ci, les questions à poser sont les suivantes : qui doit négocier avec les organismes, et quels sont les résultats escomptés? Ces courts exemples illustrent comment les différentes tâches associées aux étapes du processus de changement sont utiles pour cerner la nature des connaissances et des aptitudes nécessaires, et donc le contenu des activités d'éducation ou de formation.

«Il n'existe pas ici de modèle général de processus de renforcement applicable à toutes les communautés pour l'ECDS» (engagement communautaire en faveur du développement sanitaire). C'est du moins ce qu'affirme un Groupe d'Étude de l'OMS dans son rapport sur la question paru en 1991[17]. Le rapport souligne certains points à respecter, qui sont repris ci-dessous.

> «• *Avant toute activité pédagogique il faut, pour éviter les doubles emplois, évaluer et analyser le niveau des connaissances et compétences de la communauté en matière de développement sanitaire.*
>
> • *C'est un principe de base qu'une formation doit toujours partir d'éléments déjà connus, et les mettre à profit, sans chercher à les remplacer par des éléments nouveaux éventuellement sans rapport avec la question.*
>
> • *Le rôle revenant aux membres de la communauté dans l'ECDS est un point fondamental, conditionnant directement la formation puisque bien évidemment les connaissances et compétences à acquérir varieront avec les rôles.*
>
> • *Les communautés elles-mêmes doivent participer à la détermination du contenu des activités de formation, étant les seules à pouvoir en apprécier réellement la pertinence.*»

Conforme aux grands principes de l'éducation permanente, cette liste de points à considérer en matière

d'éducation et de formation donne à penser que les activités de formation pourraient inclure un apprentissage structuré par l'expérience qui serait distinct de la formation en classe. De toute façon, tant les professionnels que les autres membres de la collectivité devront acquérir de nouvelles aptitudes (et disposer des occasions de le faire), que cette formation se fasse en classe ou sur le tas.

> *«Au sens le plus général, le développement communautaire relève du domaine de l'éducation. Il s'agit d'un processus qui associe les membres de la collectivité, les dirigeants civiques et des experts à l'apprentissage de ce qui doit être fait pour provoquer des changements qui sont nécessaires, voulus et déterminants dans les milieux social et biophysique* [28].» [traduction]

Professionnels de la santé

> *«Une évolution profonde est en voie de se produire au sein de notre société... Sur le plan social, elle prend la forme du recours au développement communautaire pour aborder les problèmes de santé et d'une fortification des structures de médiation dans la collectivité... Cette nouvelle société en formation réserve de nombreux rôles aux professionnels de la santé, notamment comme instruments de l'avènement de la transformation* [29].» [traduction]

Pour changer le pivot du système de soins de santé axé sur le traitement de la prévention de la maladie à la promotion de la santé, de nombreux professionnels de la santé devront fondamentalement changer leur façon de voir les choses. Conformément au modèle médical, la formation reçue jusqu'à présent par la plupart des professionnels de la santé a été à vocation curative. Pour assumer le nouveau rôle qui leur est échu, c'est-à-dire de conférer aux gens les moyens de prendre en main leur santé, les professionnels de la santé doivent assimiler de nouvelles connaissances et aptitudes. Notamment, ils peuvent devoir :

- comprendre les rapports complexes qui relient les déterminants de la santé dans les collectivités;
- faire avancer le processus d'introduction dans la collectivité;
- communiquer clairement avec des gens dont la culture d'origine, le niveau de scolarité et l'expérience varient;
- reconnaître les occasions de mobiliser les collectivités pour qu'elles agissent sur les questions liées à la santé;
- assurer une direction sur laquelle la collectivité peut compter, mais qui n'est pas un contrôle;
- collaborer avec les gens spécialisés dans d'autres domaines et œuvrant dans d'autres secteurs;
- concevoir des initiatives de santé communautaire qui prévoient l'intervention des citoyens à toutes les étapes de l'élaboration de programmes;
- évaluer le processus et l'issue des programmes communautaires et, en particulier, avoir recours à des méthodes participationnistes d'évaluation.

De plus, pour que ces nouvelles connaissances et aptitudes puissent être mises à contribution, les professionnels de la santé devront faire preuve d'ouverture d'esprit, de persévérance, de respect mutuel et d'une capacité d'admettre l'ambiguïté au fur et à mesure que les données du problème se précisent.

Le rôle des professionnels de la santé qui souscrivent à la mobilisation communautaire changera non seulement à l'échelle de la collectivité, mais aussi au cœur même de la profession. Le Groupe d'Étude de l'OMS perçoit ainsi ce changement : «Comme le système de santé doit réagir en fonction de la communauté, il faut que médecins et infirmiers possèdent également les compétences qui leur permettront d'influer sur leur propre système» [30]. Le rapport du Groupe d'Étude fait également mention des changements devant être apportés à la formation de base, au niveau universitaire, que suivent les professionnels de la santé afin de refléter le processus de changement infléchi vers la collectivité. Notamment, les praticiens doivent pouvoir entretenir un échange soutenu avec les collectivités, aider la collectivité à cerner ses besoins et ses droits prioritaires et impartir à la collectivité les moyens de donner suite aux actions convenues, donc parfois exercer des pressions sur les systèmes afin qu'ils fournissent des services [31].

Particuliers et dirigeants civiques

> *«La santé est une question qui devrait importer à tous... Il est évident que l'éducation permanente est une intervention déterminante pour sensibiliser le public, l'informer et l'inciter à agir; à ce titre donc, l'éducation permanente a un rôle important à jouer dans l'édification d'un système de santé primaire et dans le maintien de ce mouvement comme souffle du système de santé* [32].» [traduction]

Le processus de mobilisation communautaire n'est rien s'il n'est un processus d'apprentissage. Les gens ne pourront prendre en main les circonstances qui influent sur leur santé qu'en acquérant les connaissances et les aptitudes nécessaires.

Une des plus lourdes responsabilités incombant aux praticiens qui souscrivent à la mobilisation communautaire est sans doute d'avoir à veiller à ce que les membres de la collectivité qui acceptent de s'occuper de tâches — comme la collecte des données, la planification, la communication, la résolution de problèmes et le processus collectif — bénéficient de la formation dont ils ont besoin pour mener celles-ci à bien. Après tout, il s'agit là de l'intérêt même des efforts déployés : conférer aux collectivités le pouvoir de modifier les conditions de risque qui les empêchent

d'accéder à un mode de vie sain. C'est lorsque les membres de la collectivité mettent en pratique les aptitudes *qu'ils* jugent essentielles pour accomplir les tâches *qu'ils* estiment nécessaires que l'apprentissage se fait.

> *«(La santé pour tous) ne peut advenir sans une intervention dynamique. Or, la participation est la conséquence directe d'une sensibilisation intelligente, dans la mesure où les gens ne tendent pas à réaliser ce dans quoi ils ne s'engagent pas et ils ne s'engagent pas à moins d'être bien informés et motivés, la participation n'étant pas seulement un processus d'engagement physique, mais aussi mental*[33].» [traduction]

Ceux qui reconnaissent l'importance d'opérer un changement par le biais du développement communautaire et, par voie de conséquence, par le perfectionnement des ressources humaines, reconnaissent aussi le besoin d'assurer une formation pertinente pour appuyer le processus. Cette nécessité ne peut d'ailleurs être satisfaite par la prestation routinière de quelques cours. La formation doit être adaptée selon la tâche à effectuer et selon les divers éléments de cette tâche. (Ainsi la formation en vue de la collecte de données portera, par exemple, sur les procédures d'entrevue, l'analyse et la présentation de résultats.) La formation doit prendre la forme d'un programme judicieusement organisé et donné au moment et à l'endroit qui conviennent le mieux à l'apprenant.

Toujours à l'échelle locale, il faut veiller à ce que la collectivité toute entière soit au courant du plan de changement. Les personnes devant y veiller doivent donc être capables de présenter de l'information d'une façon qui ouvre la voie à la clarification et à la modification et qui suscite l'engagement communautaire. D'être capable d'aider des petits groupes à comprendre, à discuter et à modifier un plan est important non seulement pour l'ensemble du processus de changement, mais aussi du point de vue du perfectionnement individuel du bénévole communautaire. La formation portera à la fois sur des aspects théoriques et pratiques. Alors que quelques heures suffiront à certains bénévoles pour tout assimiler, d'autres auront peut être besoin de beaucoup plus de temps. Ces différences de besoins, de temps et de cadres de formation appropriés sont des préoccupations routinières dans le domaine de l'éducation permanente.

La formation pourra être donnée par d'autres bénévoles communautaires ou par des enseignants aux adultes professionnels. Les cours pourront se dérouler dans des établissements d'enseignement locaux ou se limiter à un apprentissage en milieu pratique. Les collectivités varient au même titre que les apprenants. Qui dit formation dit qu'il faut composer avec ces différences. Suffit-il donc de réitérer que les besoins en matière de perfectionnement des aptitudes dans les collectivités devront être satisfaits avant que celles-ci puissent prendre en main dans une mesure plus ou moins soutenue les circonstances qui provoquent des inégalités en matière de santé cardio-vasculaire.

Les ressources en matière de formation que possède une collectivité sont souvent bien plus riches qu'on ne le pense de prime abord

Un aspect pratique important que ne doivent pas négliger ceux qui désirent instaurer un processus de mobilisation communautaire est de souligner qui devrait être responsable de veiller à ce que les participants communautaires suivent la formation nécessaire. Idéalement, le fait pour les collectivités de prendre en main les circonstances qui déterminent leur sort finira par entrer dans leur culture; en attendant, il faut que les agents du changement puissent renvoyer tous leurs besoins en matière de formation à une source précise. Les établissements officiels comme les écoles, les collèges et les universités sont les endroits les plus évidents où s'adresser pour tenter d'obtenir une aide en matière de formation. Les cours conçus pour les jeunes peuvent souvent être modifiés pour satisfaire les besoins pratiques des adultes qui interviennent directement dans les efforts que déploie la collectivité pour changer.

Il n'en reste pas moins que les ressources en matière de formation que possède une collectivité sont souvent bien plus riches qu'on ne le pense de prime abord. Des initiatives en cours où des gens ont recours à des méthodes infléchies vers le groupe pour instaurer un changement dans la collectivité — que Michael Felix appelle «foyers d'apprentissage» — sont en fait autant de cadres de formation informels où les citoyens peuvent mettre en pratique la mobilisation communautaire sous l'égide de praticiens ayant une certaine expérience à cet égard.

Ce besoin de formation constitue une occasion pour les établissements d'apprentissage de la collectivité. Malheureusement, il existe des établissements, par exemple ceux qui se consacrent à offrir des programmes d'apprentissage formels aux jeunes, qu'il faudra aiguillonner pour qu'ils acceptent de revoir leurs méthodes actuelles. L'égalité en matière de santé cardio-vasculaire procure les moyens d'incitation nécessaires.

Les occasions et les défis

La «santé cardio-vasculaire pour tous» constitue une *occasion décisive pour la société de reconnaître et d'aborder de front les grands facteurs socio-environnementaux qui agissent sur la santé*. Lorsqu'il est question d'inégalité en matière de santé cardio-vasculaire, on entend que les différents groupes qui constituent une population n'ont pas une chance égale d'accès à la santé cardio-vasculaire. En règle générale, les membres désavantagés d'une société n'ont pas les moyens de changer les circonstances difficiles dans lesquelles ils vivent à moins de prendre une action collective quelconque susceptible de libérer les ressources qui peuvent servir leurs intérêts. Dans la mesure où la santé cardio-vasculaire n'est qu'un des nombreux aspects de la santé qui subit l'influence du milieu socio-environnemental, l'initiative en matière de santé cardio-vasculaire pourrait constituer une source de précieuses leçons sur la façon dont les gens qui sont défavorisés sur le plan socio-économique peuvent s'y prendre pour améliorer leur situation de sorte à jouir d'une meilleure santé.

Il faut aussi *trouver un processus qui contre effectivement les circonstances socio-environnementales difficiles*, ce qui constitue également un défi de taille. Ceux qui sont victimes d'iniquités doivent prendre en main leur situation en trouvant des façons de lutter contre ces circonstances qui les désavantagent et en y donnant suite. Il faut donc trouver un processus qui permette aux personnes désavantagées d'extraire les ressources dont elles ont besoin et de s'en servir pour arriver à leurs fins. D'aucuns pourraient affirmer qu'en limitant à la santé cardio-vasculaire le champ d'inégalité visé, on limite par le fait même la liberté de la collectivité à reconnaître et à entreprendre de modifier une gamme aussi vaste que possible de circonstances socio-environnementales. La politique et la structure de financement touchant la santé cardio-vasculaire peuvent exclure la prise de mesures pour changer les facteurs plus généraux qui influent sur la santé — par exemple, le revenu ou le logement. Il n'en reste pas moins qu'en faisant fond sur les principes et les méthodes de développement communautaire, même dans un contexte limité, il est possible de changer certains des facteurs clés qui agissent sur la santé (comme l'accès à des aliments nourrissants). On peut avancer le même argument pour justifier le recours à la mobilisation communautaire plutôt qu'au développement communautaire «plus pur». La mobilisation communautaire employée pour réduire les inégalités en matière de santé cardio-vasculaire constitue une *occasion d'habiliter les gens* en ce qu'elle constitue une stratégie de promotion de la santé qui vise avant tout à conférer aux gens les moyens d'apprendre comment surmonter les obstacles à la santé. Les aptitudes sociales et politiques acquises durant le processus, en plus de rehausser la confiance et l'estime individuelle des apprenants, peuvent être mises à contribution dans d'autres domaines d'action dont certains n'ont pour ainsi dire rien à voir avec le domaine de la santé cardio-vasculaire.

La mobilisation communautaire employée pour réduire les inégalités en matière de santé cardio-vasculaire constitue une occasion d'habiliter les gens

La mobilisation communautaire employée pour réduire les inégalités en matière de santé cardio-vasculaire permet à la fois *d'établir des rôles de collaboration et d'exploiter efficacement les chaînes de collaboration*. Il faut qu'il y ait collaboration sur l'axe vertical, où se situent les groupes clés chargés de politiques et de programmes qui influent sur la façon dont les programmes se déroulent à l'échelle communautaire, ainsi que sur l'axe horizontal, où se situent les groupes responsables de politiques et de programmes dont les efforts sont ressentis directement par la collectivité. Sur l'axe vertical, on retrouve notamment des organismes gouvernementaux ou bénévoles clés qui œuvrent à l'échelle nationale et régionale, tandis que sur l'axe vertical sont regroupés, outre des organismes qui œuvrent directement dans le domaine de la santé, les nombreux organismes et groupes dont les programmes facilitent ou entravent l'accès aux ressources pour la collectivité. De tenter d'établir des rapports de soutien entre les divers

groupes, qui parfois se font concurrence entre eux, peut prendre énormément de temps et souvent s'avérer frustrant. Malgré cela, pour qu'un changement puisse être opéré par le biais de la mobilisation communautaire, il est critique que des partenariats de soutien solides existent sur les deux axes.

Il est *impératif que les organismes qui ouvrent la marche dans le domaine de la santé comprennent que les coalitions ne supplantent pas leur mandat.* Lorsque différents groupes collaborent en vue de fournir des ressources dans le cadre d'initiatives communautaires, il y aura inévitablement des conflits entre leurs intérêts et leurs valeurs et le compromis sera de rigueur. Par exemple, un organisme qui a pour politique de «sensibiliser le public» en distribuant des imprimés subira les pressions exercées par un organisme d'alphabétisation qui lui enjoindra de trouver des façons de rejoindre les gens qui ne lisent pas couramment. Des pressions diverses peuvent amener les organismes de tête à craindre que leur autorité et leur mandat ne soient mis en doute, à un tel point qu'il peut parfois arriver qu'ils aient recours à des mesures qui provoqueront la dégradation de la coalition.

Lorsque des organismes s'unissent pour appuyer le processus de mobilisation communautaire, ils créent des *occasions pour la collectivité d'accéder à de nouvelles ressources*, servant ainsi à la fois les intérêts de la collectivité et ceux de l'organisme. La coalition ouvre l'accès à des ressources auxquelles la collectivité n'aurait autrement pas accès ou dont elle ignorerait l'existence. Par exemple, un organisme d'alphabétisation disposant de ressources bénévoles limitées risque de demeurer essentiellement inconnu tant qu'un des membres de la coalition n'aura pas remarqué que des services d'alphabétisation sont nécessaires et aura avancé de l'information sur l'obtention de tels services. Inversement, l'organisme d'alphabétisation pourra trouver qu'en tant que membre de la coalition, il a accès à des ressources municipales qui enrichissent les services qu'il offre. De par leur nature, les coalitions sont une mise en commun de ressources; elles constituent également d'excellentes voies pour les collectivités d'accéder à des ressources supplémentaires. Qu'il s'agisse des organismes ou de la collectivité, la tâche à accomplir demeure la même : *réaffecter les ressources existantes et en trouver de nouvelles.*

La mobilisation communautaire employée dans le domaine de la santé *ouvre la voie au dépistage, au recrutement et à la formation de nouveaux meneurs dans le domaine.* Une telle occasion découle naturellement d'une méthode systématique, conçue par et pour la collectivité, pour changer les circonstances qui vont à l'encontre de la santé cardio-vasculaire. Prenons l'exemple de parents qui auraient besoin d'apprendre de meilleurs méthodes pour fournir des aliments sains en quantité suffisante à leur famille. Il peut y avoir au sein de la collectivité des gens qui sont prêts à aider leurs voisins en qualité de formateurs, ce qui suppose bien plus que de simplement faire office de spécialiste sur un sujet donné. En effet, la personne qui exerce la fonction de formateur doit mener les autres, les motiver, composer avec les circonstances de chacun, et se montrer ouvert à l'égard des autres besoins de formation présents dans la collectivité. Le processus par lequel on devient meneur dans le domaine de la santé s'inscrit dans le cadre du processus qui permet de s'affirmer comme leader dans la collectivité.

La mobilisation communautaire somme les organismes communautaires établis — dont les établissements d'enseignement — de modifier leur rôle afin qu'ils aident la collectivité dans sa quête de moyens pour renverser les circonstances socio-environnementales néfastes qui entravent son progrès. *Dans le cadre du processus de mobilisation communautaire, les établissements d'enseignement doivent donc en venir à assumer un rôle de formateur.* On a déjà fait allusion à ce rôle précédemment, lorsqu'il a été question du besoin «d'adapter» la formation selon les antécédents des apprenants, la ou les aptitudes devant être assimilées et les ressources dont on dispose — c'est-à-dire du temps que peuvent consacrer les apprenants à la formation et du bien-fondé des cadres de formation. Même si ces préoccupations liées aux besoins, au temps et aux cadres de formation sont routinières dans le domaine de l'éducation permanente, elles posent un problème particulier pour les établissements d'enseignement établis.

Pour réduire les inégalités en matière de santé cardio-vasculaire au Canada, il faut donner aux Canadiens les moyens de prendre en main les conditions de risque qui les empêchent de mener une vie saine. Les difficultés à surmonter sont nombreuses et ne se limitent pas à celles dont il a été question ici. En revanche, les professionnels de la santé, les décideurs des secteurs privé et public ainsi qu'une foule de dirigeants civiques et de bénévoles ont tous à leur disposition des moyens de stimuler l'avènement d'un changement capital — d'un changement qui dépassera la réduction des inégalités en matière de santé cardio-vasculaire et qui en fin de compte modifiera fondamentalement la perspective de la santé et le développement du système de santé au Canada.

Renvois

1. **Epp, J.** *La santé pour tous : plan d'ensemble pour la promotion de la santé*, Santé et Bien-être social Canada (novembre 1986).

2. **Organisation mondiale de la Santé, Santé et Bien-être social Canada, Association canadienne de santé publique.** *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Ottawa (1986).

3. Voir renvoi 2 ci-dessus, à la p. 1.

4. **Mahler, H.** Allocution du Directeur Général de l'Organisation mondiale de la Santé prononcée lors de la Conférence internationale sur la promotion de la santé dans les pays industrialisés tenue du 17 au 21 novembre, à Ottawa. *Revue canadienne de santé publique*, 77 (1986) : pp. 387-389, à la p. 387.

5. Voir renvoi 2 ci-dessus.

6. **Millar, W.J. et Wigle, D.T.** «Socio-economic disparities in risk factors for cardiovascular disease.» *Journal de l'Association médicale canadienne*, 134 (1986) : pp. 127-132, à la p. 127.

7. **Groupe de travail sur la prévention et le contrôle des maladies cardio-vasculaires.** *La promotion de la santé cardio-vasculaire au Canada*. Rapport présenté au Comité consultatif fédéral-provincial de la santé communautaire. Ottawa (juin 1987), aux pp. 1-2.

8. **Wilkins, R.** «Health inequalities in Canada: Some policy implications.» *Rapport d'atelier sur les inégalités en matière de santé cardio-vasculaire* (3 décembre 1987), pp. 5-10, à la p. 7.

9. **Evans, R.G. et Stoddart, G.L.** «Producing health, consuming health care.» *CHEPA Working Paper Series #90-6*. Hamilton : MacMaster University (1990), à la p. 36.

10. Tableau 1 adapté de **Stachtchenko, S. et Jenicek, M.** «Conceptual differences between prevention and health promotion: Research implications for community health programs.» *Revue canadienne de santé publique*, 81 (1990) : pp. 53-59, à la p. 55.

11. **Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Europe.** «Health Promotion: A discussion document on the concept and principles.» *Rapport sommaire du Groupe de travail sur la notion et les principes en promotion de la santé*. Copenhague (septembre 1984), p. 2.

12. Voir renvoi 2 ci-dessus, à la p. 2.

13. Voir renvoi 10 ci-dessus, à la p. 58.

14. **Edmonton Board of Health.** *Proceedings of the 1988 Summer School on Community Health Promotion: Effective Health Programs*. Edmonton (22 au 26 août 1988), à la p. 11.

15. **Labonte, Ronald.** Tel que présenté à la conférence CINDI-OMS «Challenges for Health Promotion and Prevention of Noncommunicable Diseases». Toronto (juin 1990).

16. **Green, L.W. et Raeburn, J.M.** «Health Promotion. What is it? What will it become?» *Health Promotion*, 3,2 (1988) : pp. 151-159, à la p. 156.

17. **Noack, H.** «Concepts in health and health promotion.» Dans *Measurement in Health Promotion*, édité par T. Abelin. Publication régionale de l'Organisation mondiale de la Santé, Série européenne n° 22 (1988), à la p. 6.

18. **Lackey, A.S., Burke, R. et Peterson, M.** «Healthy communities: the goal of community development.» *The Community Development Society*, 18(2) : pp. 1-15.

19. **Rifkin, S.** «Lessons from community participation in health programmes.» *Health Policy and Planning*, 1,3 (1986) : pp. 240-249, à la p. 241.

20. Voir renvoi 16 ci-dessus, à la p. 154.

21. Voir renvoi 2 ci-dessus, p. 1

22. Tableau 3 tiré de **Habana-Hafner, S. et Reed, H.B. & Associates.** *Partnerships for Community Development: Resources for Practitioners and Trainers*. University of Massachusetts, Center for Organizational and Community Development (1990).

23. **Weiss, J.A.** «Substance Versus Symbol in Administrative Reform.» Dans *Community Organizations: Studies in Resource Mobilization and Exchange*, édité par Carl Milofsky. New York : Oxford University Press (1988), à la p. 104.

24. **Hunter et Stoggebborg.** «Local Communities and Organized Action.» Dans *Community Organizations: Studies in Resource Mobilization and Exchange*, édité par Carl Milofsky. New York : Oxford University Press (1988), à la p. 258.

25. Voir renvoi 23 ci-dessus, pp. 103-104.

26. Voir renvoi 19 ci-dessus, p. 242.

27. **Organisation mondiale de la Santé.** *L'engagement communautaire en faveur du développement sanitaire : un défi pour les services de santé*. Rapport d'un Groupe d'étude de l'OMS (1991). OMS, Série de rapports techniques 809, à la p. 33.

28. **Lassey, W.R. et Sashkin, M.** «Leadership and community development.» Dans *Leadership and Social Change*, édité par W.R. Lassey et M. Sashkin. San Diego : University Associates (1983), pp. 251-259, à la p. 259.

29. **Hancock, T.** «Health in transition.» *Canadian Home Economics Journal*, 35(10) : pp. 11-16, à la p. 11.

30. Voir renvoi 27 ci-dessus, à la p. 29.

31. Voir renvoi 27 ci-dessus, à la p. 29.

32. **Litsios, S.** «Primary health care and adult education: Opportunities for the joining of forces.» *Convergence*, 15,2 (1982) : pp. 14-21, à la p. 20.

33. **Organisation mondiale de la Santé.** *Communication Sciences for Health Promotion*. AFRO, Série de rapports techniques, n° 10 (1979), à la p. 15.

Lecture supplémentaire

Kickbusch, I. «Health Promotion: A global perspective.» *Revue canadienne de santé publique*, 77 (1986) : pp. 321-326.

Raeburn, J.M. et Rootman, I. «Towards an expanded health field concept: Conceptual and research issues in a new era of health promotion.» *Health Promotion*, 3,4 (1989) : pp. 383-392.

Slater, C. et Carlton, B. «Behaviour, lifestyle, and socio-economic variables as determinants of health status: Implications for health policy development.» *American Journal of Preventive Medicine*, 1,5 (1985) : pp. 25-33.

Tarlov, A.R. et Felix, M.R.J. *Producing Health in America: Mobilizing Communities*, 1992 (sous presse).

Watt, A. et Rodnell, S. «Community involvement in health promotion: Progress or panacea?» *Health Promotion*, 2,4 (1988) : pp. 359-368.

Wilkins, R. et Adams, O.B. «Health expectancy in Canada, late 1970's: Demographic, regional, and social dimensions.» *American Journal of Public Health*, 73,9 (1983) : pp. 1073-1080.

Wilkins, R., Adams, O. et Brancker, A. «Highlights from a new study of changes in mortality by income in urban Canada.» *Maladies chroniques au Canada* (mai 1990) : pp. 38-40.

Organisation mondiale de la Santé, Bureau de l'Europe régional. «Health Promotion: A discussion document on the concept and principles.» *Rapport sommaire du Groupe de travail sur la notion et les principes en promotion de la santé*. (septembre 1984).

Zakus, J.D. et Hastings, J.E.F. «Public involvement in health promotion and disease prevention: A comprehensive literature review and analysis.» Dans un document de travail de la Direction générale des services et de la promotion de la santé. DGSPS 88-10 (1988).